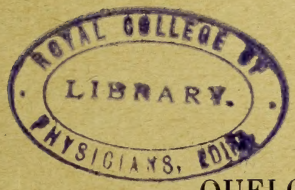
Docteur Félix ROCHE



QUELQUES LOCALISATIONS RARES

DE

L'ÉCHINOCOQUE

APPAREIL DIGESTIF — SYSTÈME NERVEUX

SÉREUSES

APPAREIL CIRCULATOIRE — VOIES URINAIRES

A.-H. STORCK, Édit. LYON.

R50252

AVANT-PROPOS

Une observation de kyste hydatique de la rate recueillie chez M. le professeur Benet, suppléant M. le professeur Combalat, une seconde que nous a livrée le hasard des autopsies pendant notre internat à la Charité, dans le service de M. le Dr Michel, telles sont les deux pierres d'achoppement de notre modeste travail.

Connaissant la rareté des hydatides à Marseille, ayant en mains deux localisations d'échinocoques des plus rares, nous avons voulu rechercher les autres localisations peu connues qu'on avait pu rencontrer dans nos hôpitaux. Quelques-uns de nos maîtres, plusieurs de nos amis ont bien voulu nous communiquer celles qu'ils ont pu recueillir et c'est ainsi que nous avons pu recevoir *neuf observations inédites* de kystes hydatiques.

Tout a été dit sur les kystes hydatiques ; il suffit pour s'en convaincre de parcourir les nombreuses thèses publiées jusqu'à ce jour sur cette partie de la pathologie; de lire les nombreux travaux publiés sur l'hydatide, d'étudier les dictionnaires, les traités : leur évolution est parfaitement connue, leurs symptômes nettement étudiés,

leur traitement malgré de nombreuses divergences est aujourd'hui bien établi.

Nous n'avons donc point la prétention d'apporter à la science un appoint considérable, notre but est plus modeste.

Après avoir recueilli les observations inédites prises à Marseille, nous avons recherché dans la littérature médicale celles qui nous paraissaient les plus remarquables, nous les avons groupées appareil par appareil et fait suivre de quelques brèves considérations sur l'historique, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de chaque localisation.

Nous avons surtout insisté sur les localisations primitives de l'hydatide ; aussi à peine si on trouvera signalés quelques cas de localisations secondaires ou multiples. Nous nous sommes surtout attaché à discuter l'opportunité et la valeur de chaque méthode thérapeutique : la partie technique de l'intervention a été volontairement écartée : nous renvoyons pour cela aux nombreux traités de médecine opératoire parus jusqu'à nos jours.

Hôpital de la Charité, 15 novembre 1897.

APPAREIL DIGESTIF ET SES ANNEXES

Les localisations rares de l'échinocoque devant seules nous occuper, nous passerons sous silence l'hydatide du tissu hépatique : le foie est en effet le siège de prédilection de l'hydatide ; les statistiques le prouvent. Il fournit le 59 p. 100 des cas d'après Davaine, le 68 p. 100 d'après Marguet, le 55 p. 100 d'après Madelung, le 45 p. 100 d'après Trinker. Par contre il est plus rare de rencontrer des kystes hydatiques dans les autres appareils du tube digestif ou de ses annexes ; la rate et la parotide sont ses localisations les plus fréquentes ; dans le pancréas, ils sont excessivement rares et ne constituent que des curiosités nécroscopiques : les symptômes qui les caractérisent sont presque inconnus. Schwartz dans un cas qu'il rapporte en donne deux qu'il prétend pathognomoniques : des vomissements et des crises douloureuses (névralgie cœliaque de Friedreich).

On n'a jamais vu d'hydatides de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin. Lannelongue cite un cas de kyste de la langue, mais le microscope révéla un « magnifique cysticerque vivant avec sa tête et sa double couronne de crochets ». Il n'entre donc pas dans le cadre de notre sujet.

I. — RATE

Les tumeurs de la rate constituent des raretés pathologiques, au premier rang desquelles il convient de placer les kystes hydatiques. Neisser, sur 900 kystes hydatiques observés, ne trouve l'échinocoque que 28 fois dans le tissu splénique. Finsen, sur 255 cas, n'en cite que deux de la rate. Nous-même, en relevant dans la littérature médicale près de 400 cas, nous n'en avons trouvé, pendant une période de dix ans, de 1887 à 1897, que 22 de la rate. Dans nos hôpitaux, à Marseille, les hydatides se rencontrent rarement, puisque en parcourant les statistiques de l'Hôtel-Dieu et de la Conception de 1889 à nos jours, nous n'avons pu retrouver que 15 cas d'hydatides dont pas un seul de la rate.

Le cas dont on va lire l'observation présente donc plus d'un point intéressant.

OBSERVATION INÉDITE PERSONNELLE

Kyste hydatique de la rate recueilli dans le service de M. le professeur Combalat suppléé par M. le professeur Benet.

B... F. comptable, âgé de trente-deux ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Marseille, salle Cauvière n° 3, le 12 avril 1897; son histoire est des plus intéressantes. Originaire du Haut-Rhin, il opta pour la France et s'engagea dans la légion étrangère; il fut incorporé le 2 mars 1886 à Sidi-bel-Abbès dans la province d'Oran.

En 1888 il alla dans le Soudan, où, nous raconte-t-il, il n'avait souvent pour boisson que de l'eau, plus ou moins pure, que leur apportaient les Arabes dans des outres faites de peau de bouc. Souvent aussi, il partait en détachement et alors la nourriture laissait à désirer comme qualité et comme cuisson, et pour tout breuvage, il avait l'eau des oasis qu'il ne prenait même pas la peine de filtrer. Jamais cependant il n'a habité avec des chiens.

Malgré tout, son état de santé était parfait lorsque, en 1889, en poursuivant des déportés évadés, il butta contre une racine qui émergeait de terre, et tomba violemment sur le côté. Le choc porta à trois travers de doigt au-dessus et à gauche de l'ombilic et fut si violent, qu'il détermina une douleur interne au point percuté, accompagnée d'une dyspnée extrême, en même temps une hématémèse assez abondante se produisit.

Cette douleur persista pendant deux ou trois jours.

B. . fut voir le médecin-major du régiment qui, après un examen des plus sommaires, ne constata rien et le renvoya à son service.

Un mois se passa sans que la douleur fût trop forte; au bout de ce laps de temps, elle augmenta. Elle avait pris la forme d'un point de côté intense qui se faisait sentir même dans le décubitus; il semblait à notre malade que quelque chose le brûlait du côté gauche, à un tel point qu'il se présenta de nouveau au médecin-major. Ce dernier constata une tuméfaction légère dont le malade ne s'était pas même aperçu. Cette grosseur siégeait dans l'hypocondre gauche, au-dessus des fausses côtes et la main pouvait glisser entre ces dernières et la tumeur.

B... fut alors envoyé à l'hôpital de Sidi-bel-Abbès. On fit une ponction exploratrice qui ne donna rien, et comme les douleurs augmentaient, la dyspnée faisait des progrès, quatre ventouses scarifiées furent appliquées le long du grand droit gauche. Les médecins militaires portèrent à ce moment le diagnostic : « rupture musculaire du grand droit antérieur gauche». On le soumit à l'électricité. Les douleurs s'apaisèrent; la tumeur resta stationnaire. Proposé pour la réforme, il l'obtint avec le diagnostic :

« hypertrophie de la rate et tumeur considérable débordant les fausses côtes, déviant l'estomac et provoquant de nombreux troubles digestifs. »

En montant en chemin de fer pour quitter Sidi-bel-Abbès, B .. fit un effort. Subitement apparut une douleur intense, suivie de lipothymie et de quelques nausées; il ressentit une violente douleur dans les testicules et pendant trois ou quatre jours fut sujet à des mouvements choréiformes dont aucun médecin ne put deviner la cause.

Tout revint bientôt à l'état normal, B... retourna en France et le seul symptôme qu'il ressentît était une augmentation lente, progressive, indolore de son flanc gauche. Il avait presque oublié sa tumeur lorsque, au milieu de 1896, sans qu'il puisse se rappeler la cause, il ressentit un violent point de côté à gauche, en tous points semblable comme localisation, comme intensité, à celui déjà perçu en 1889. La tumeur subit en même temps une augmentation de volume très rapide et très sensible. La douleur n'était plus localisée, elle remontait dans la région lombaire, principalement à gauche, elle s'irradiait dans les testicules, dans le membre inférieur gauche, qui souvent devenait froid et était le siège de fourmillements fort incommodes.

Cet état persistait au commencement de 1897: Alors malgré un état général relativement satisfaisant survinrent de l'anorexie, une légère dyspepsie, de la constipation ; la tumeur devenait lourde et gênante, la marche, la station, le décubitus dorsal ou latéral étaient également pénibles; la dyspnée se montra d'abord à l'occasion d'un travail, d'une fatigue, puis ne le quitta plus. Il fut obligé d'interrompre son travail, fut consulter le docteur Melchior-Robert, chirurgien des hôpitaux, qui posa le diagnostic de kyste de la rate, annonça au malade qu'une intervention seule le débarrasserait et le fit entrer le 11 mars, salle Cauvière n° 3, dans le service de M. le professeur Combalat, suppléé à ce moment par M. le professeur Benet.

État du malade au moment de l'entrée : état général bon et nullement altéré. Légère dyspnée due à un point de côté que perçoit le malade à chaque inspiration. Systèmes digestif, pul-

monaire, cardiaque, nerveux, rénal, en parfait état. Urine, 2 litres 1/2 par jour; l'analyse faite par M. le professeur Domergue, pharmacien-chef de l'Hôtel-Dieu, n'a rien révélé d'anormal.

Examen du sang : 1 globule blanc pour 160 hématies. Le malade étant couché, la paroi abdominale gauche paraît repoussée par une tumeur assez volumineuse. La peau qui la recouvre est normale; pas de changement de coloration, de circulation supplémentaire, pas d'adhérence avec la tumeur. Celle-ci se limite très facilement en bas ; en haut elle disparaît sous les fausses côtes, en arrière elle se perd aussi. En avant elle s'étend jusqu'à deux travers de doigt de la ligne blanche ; toute la région occupée par la tumeur est nettement mate à la percussion et cette matité commence à deux travers de doigt au-dessous du mamelon gauche, descend jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, allant transversalement de 3 centimètres environ de la ligne blanche, à 7 centimètres des apophyses épineuses. Elle mesure 25 centimètres de large sur 27 de haut. Aucune zone de sonorité n'interrompt l'étendue de la matité; pas d'anses intestinales en avant de la tumeur. La palpation n'est nullement douloureuse; on sent une masse lisse, sans aucune bosselure, se limitant très facilement à la partie inférieure et présentant juste au-dessous des fausses côtes un point de rénitence assez net.

En présence de ces symptômes, de l'évolution de la maladie, de l'état du malade, M. le professeur Benet conclut à une tumeur bénigne de la rate, et vu la rénitence de la tumeur, à une tumeur liquide.

M. le professeur Combalat vint à son tour examiner le malade, conclut dans le même sens et pour préciser le diagnostic une ponction exploratrice fut décidée.

Elle fut faite le 17 mars avec toutes les précautions d'antisepsie demandées et nous retirâmes une seringue de Roux, de 20 grammes, d'un liquide clair comme de l'eau de roche ; la trop petite quantité de liquide ne nous permit pas d'en faire l'analyse chimique mais sous le champ du microscope, nous

pûmes y déceler la présence de nombreux crochets d'échinocoques. Immédiatement après cette ponction notre malade ressentit un grand frisson et une douleur locale au point ponctionné, la température monta à 38° 1. Le pouls à 120. Il eut deux vomissements alimentaires et une poussée d'urticaire se produisit, poussée intense généralisée accompagnée d'un prurit très incommode. Le soir à la contre-visite nous trouvâmes notre malade complètement remis, l'urticaire avait disparu.

18 mars. — L'opération est proposée et acceptée par le malade. Bains, purgations, pansement antiseptique sur le côté gauche. Température : 38°1.

19 mars. — La région est rasée, lavée à l'éther, à l'alcool à 90°, au sublimé à 10 p. 100. La chloroformisation étant complète, M. le professeur Benet assisté de M. le professeur Combalat commence l'opération.

Une incision oblique de 20 centimètres est faite, allant des fausses côtes à quatre doigts au-dessus de l'arcade, passant par le point le plus rénitent. Le péritoine est incisé et on trouve sous lui une certaine quantité de liquide séreux, jaunâtre, louche, résultat probable de la ponction exploratrice faite deux jours avant. Ce liquide est soigneusement évacué, la tumeur apparaît nettement.

Elle est complètement lisse ; à droite et en bas on pouvait la contourner avec le doigt, en haut et à gauche on ne pouvait en déterminer les limites ; sur la paroi antérieure on ne remarquait pas d'adhérences avec le péritoine ; elle était nettement fluctuante ; le frémissement hydatique ne fut pas cherché.

Incision de 15 centimètres au bistouri après avoir préalablement garni les bords de l'orifice péritonéal de nombreuses gazes stérilisées pour éviter l'irruption du liquide dans le péritoine. Il s'écoule environ quatre litres d'un liquide absolument limpide mais pas une seule hydatide. Les bords de la poche sont marsupialisés, aucun lavage n'est fait, la cavité est remplie de gaze au salol ; l'incision cutanée est diminuée de volume par quelques points de suture. Pansement occlusif.

Durée de l'opération : quarante-cinq minutes.

Le soir état général excellent, pouls normal, pas de température, 37°7; diète lactée.

20 mars. — Journée excellente. — Température, 37°2.

21 mars. — Légère poussée fébrile, le pansement extérieur est seul changé.— Température, 39°.

22 mars. — Rien d'anormal, le malade commence à s'alimenter, 30 grammes d'huile de ricin. — Température, 37°2.

23 mars. — Le pansement entier est changé, la plaie a bon aspect, nouveau drainage sans aucun lavage intérieur. — Température, 37°4.

25 mars. — Enlèvement des crins de Florence mis extérieurement; réunion de l'ouverture cutanée terminée sauf en un point au passage des drains. — Température, 37°1.

29 mars. — Légère poussée d'urticaire; la plaie laisse écouler une grande quantité de liquide séro-purulent d'odeur fade, de couleur café au lait. Pansement quotidien, lavage à l'eau boriquée. — Température, 37°8.

3 avril. — Le malade se lève, la gaze est remplacée par un gros drain en caoutchouc de 1 cent. de diamètre — Température, 38°.

6 avril. — Pour la première fois, après le lavage issue d'un grand nombre de vésicules hydatiques, variant de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf de pigeon, nageant au milieu du liquide purulent; abondant lavage à l'eau boriquée, 4 °/₀₀.

10 avril. — Une partie de la paroi kystique se détache, enlèvement des fils de soie qui la reliaient au péritoine et à la peau. Odeur infecte du liquide, lavage abondant à la liqueur de Van Swieten.

État général des plus satisfaisants.

12 avril. — Une sonde molle, n° 16, est introduite dans la cavité ; par elle, nous injectons de dedans en dehors environ quatre litres d'eau boriquée, sous une pression assez forte; par ce procédé nous faisons sortir une énorme quantité d'hydatides mortes et le restant de la poche vient avec elles. Le malade éprouve immédiatement un grand soulagement.

13 avril. — Le malade sort de l'hôpital sur sa demande et vient tous les deux jours faire changer le pansement.

14 avril. — Encore quelques hydatides.

16 avril. — Une seule vésicule; la profondeur de la cavité est à ce moment de 14 cent., on continue les lavages et les pansements tous les deux jours, puis tous les quatre jours, et enfin une fois par semaine. Le malade a repris son travail de comptable et ne ressent plus aucune fatigue.

Analyse du sang : 1 leucocyte pour 600 hématies.

Augmentation de poids de six kilos.

1er juin. — La fistule qui persiste est touchée au thermo-cautère. La cavité ne mesure plus que 8 centimètres de profondeur. Il persiste toujours un léger écoulement muco-purulent.

1er juillet. — La fistule se comble, la cavité se ferme, l'état général est parfait.

18 août. — Nous revoyons le malade qui porte toujours un léger pansement, parce qu'il persiste une petite ouverture à travers laquelle une petite sonde cannelée passe difficilement.

Guérison parfaite et complète.

Avant de passer en revue la symptomatologie des kystes spléniques, il nous paraît intéressant de jeter un coup d'œil en arrière et de voir ce que nos devanciers pensaient de cette affection.

Les travaux parus sur elle ne sont pas des plus nombreux : la première monographie importante est constituée par la thèse de Magdelain de 1868 : *Des Kystes séreux et acéphalocystes de la rate.* Puis viennent les travaux de Pelletier, de Bernier dans l'article « rate » du *Dictionnaire de Dechambre,* les thèses de Lefèvre, Le Noël, Masler, Lainé ; les monographies de Trinkler dans la *Revue de chirurgie,* les idées de Casanova et Poulet. Cras, dans sa thèse de Bordeaux, résume l'état de la ques-

tion et Thomas Jonnesco, au XIIe Congrès international de médecine tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897, expose de nouvelles théories sur le traitement du kyste hydatique de la rate par la splénectomie.

Nous avons réuni quelques observations que ces auteurs n'avaient point recueillies, et c'est en nous basant sur elles que nous résumerons les symptômes de l'échinocoque splénique.

De toutes les maladies des organes contenus dans la cavité abdominale, ce sont celles de la rate qui échappent le plus souvent à l'observation. Ce n'est pas que la rate ne soit accessible à nos moyens d'observation : il est au contraire facile d'apprécier soit par la percussion, soit par la palpation les modifications qu'elle subit dans son volume, dans sa forme ou dans sa consistance. Mais la difficulté du diagnostic consiste principalement en ce que cet organe ne traduit pas par des symptômes nettement accusés son état de souffrance.

Deux voies sont ouvertes à l'embryon hexacanthe arrivé dans l'estomac de l'homme, pour pénétrer dans la rate : voie lymphatique, invoquée par Gangolphe dans sa thèse d'agrégation (1886), et voie sanguine; l'hexacanthe ayant pénétré dans le système porte, grâce à une veine du réseau muqueux de l'estomac ou de l'intestin, arrive dans la rate par reflux dans la veine splénique.

L'importance de la cohabitation avec les chiens, de la filtration des eaux potables, de la bonne cuisson des aliments, nous paraît bien démontrée par notre observation, par celle de Guérin et Legros, citée dans la thèse de Cras; et ces faits, admis par tous les auteurs, sont affirmés par un grand nombre d'observations : l'affection

hydatique sévit en effet là où sont réunis en grand nombre les chiens: en Islande, où les attelages de chiens vivent en promiscuité avec leurs maîtres, en Australie, en Algérie, où on les rencontre en plus grand nombre : l'alimentation entre aussi pour une large part dans l'étiologie du kyste ; les eaux souillées des déjections des animaux tænifères, et bues sans avoir été filtrées, les aliments, légumes, fruits, consommés à l'état de crudité ou sans être suffisamment cuits, sont des facteurs étiologiques des plus importants.

Le traumatisme favorise le développement du kyste, et souvent même est la cause de la fixation de l'embryon, en un endroit lésé plutôt qu'en un autre. « Le traumatisme bat le rappel de la diathèse, a dit Verneuil, il va créer un *locus minoris resistentiæ*, éminemment favorable au développement du produit morbifique. » Danlos, en 1879, dans une thèse fort intéressante, étudie l'influence du traumatisme sur l'évolution des kystes hydatiques, et publie une série d'observations à l'appui de son assertion. Nouvel article sur ce sujet dans la *Revue des sciences médicales* de 1881, et plus tard Kirmisson, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1883, attire de nouveau l'attention sur l'influence du traumatisme sur l'hydatide.

Dans la thèse de Le Noël nous trouvons une observation due à Magdelain, qui prouve l'influence de ce qu'on a voulu appeler « le traumatisme interne ». Une jeune femme de vingt et un ans accouche et depuis son accouchement éprouve des douleurs vagues dans le côté gauche et remarque à ce niveau un gonflement considérable. Il se produisit un kyste hydatique de la rate (1).

(1) Magdelain, thèse Paris 1868, — cité par Le Noël, thèse Paris 1879.

Leprévost (1) opéra en 1889 une jeune femme de vingt-six ans pour un kyste de la rate, qui avait débuté sept ans auparavant à la suite d'une chute sur le bord d'un trottoir. L'observation de Vivenza (n° I), que l'on trouvera citée plus loin, est aussi un exemple de l'influence du traumatisme. Enfin le mode de développement du kyste chez notre malade ne prouve-t-il pas aussi que si l'embryon du *tænia echinococcus*, ingéré avec les aliments ou les boissons par suite de la cohabitation avec les chiens, ou l'absorption de matières souillées par eux (2) est la cause première, l'origine de la tumeur hydatique, il faut reconnaître que le trauma en est le plus souvent, sinon toujours, la cause déterminante. Le traumatisme peut surprendre l'embryon au milieu de ses pérégrinations ; ainsi s'explique la présence de ces tumeurs dans n'importe quel point de l'organisme en vertu du principe : le kyste naît presque toujours au point percuté.

Ces données sur l'importance étiologique du traumatisme, bien que placées au chapitre des kystes hydatiques de la rate, doivent s'appliquer à toutes les localisations de l'hydatide. Nous les avons placées ici, car c'est pour la rate, pour le foie, pour l'abdomen en général, qu'elles reçoivent le plus souvent confirmation.

A côté de quelques symptômes bizarres qu'a pu déterminer l'évolution de l'hydatide chez l'homme dans le tissu splénique, tels que léger ictère (observation de Bourdel, n° II), hématuries (observation de Kuehn) (3),

(1) Leprévost. — *Normandie médicale*, 15 mai 1889.

(2) *Le Chien et le Kyste hydatique chez l'homme*, Ollivier, *Union médicale*, 16 juillet 1887.

(3) Kuehn, Berlin, *Klin. Woch.*, 22 octobre 1877.

changement de caractère, neurasthénie (observation de Cras) (1), on peut ainsi résumer les caractères du kyste hydatique de la rate.

Ceux de la période de début sont extrêmement vagues : chez la plupart de nos malades le kyste a évolué insidieusement après s'être installé à la sourdine ; il est impossible de prendre sur le vif l'invasion de l'échinocoque. Petit à petit la lésion augmente, elle amène alors des troubles dont le malade cherche en vain la cause : troubles locaux, troubles généraux. L'élément douleur domine ; dans les observations que nous trouvons rapportées, bien des fois la douleur a été constatée ; chez notre malade, dans des conditions particulièrement violentes, elle est bien localisée ; continue, sourde, elle s'accompagne le plus souvent d'une sensation de pesanteur dans l'hypochondre gauche ; le malade cité par Chaintre (2) eut de treize à dix-huit ans de très douloureux accès de gastralgie ; dans une observation de Sokoloff, ces douleurs furent prises pour les douleurs de l'occlusion intestinale ; M. Durozier cite un autre cas où la douleur simulait le point de côté de la pleuro-pneumonie ; une malade de M. Reboul, de Nîmes, éprouvait dans l'hypochondre gauche des fourmillements, des démangeaisons, des sensations comparables à « celles que donneraient des petites bêtes qui marchent ou grattent ». Tous ces exemples prouvent que la douleur du kyste est « un véritable Prothée » ; mais si l'on veut poser une règle à peu près générale, on peut dire que la sensation de pesanteur et de tension est plus commune ; cette sensation est intermittente au début ; elle apparaît pen-

(1) Cras. — Thèse de Bordeaux, novembre 1896.
(2) Chaintre. — *Revue de chirurgie*, 1890.

dant la marche, pendant le travail physique, souvent après les repas; la douleur peut s'irradier dans l'omoplate et l'épaule gauche, le membre inférieur du même côté (observation personnelle).

Les dimensions de la tumeur et la pression qu'elle exerce sur le diaphragme, l'estomac, l'abdomen ont la plus grande influence sur l'identité de la souffrance du sujet ; en général plus la tumeur évolue lentement, moins la souffrance est grande: le malade de Bezançon (obs. III) ne souffrit presque pas ; la tumeur mit onze ans à évoluer; l'enfant cité par Courtin (obs. IV) et dont la tumeur évolua en sept ans, ne ressentit aucune souffrance ; par contre les douleurs furent très vivement perçues par le malade de Chaintre; et B..., notre opéré, souffrit aussi beaucoup lorsque le kyste commença son évolution dernière qui ne devait durer qu'un an, du milieu de 1896 à mars 1897 ; les premières douleurs perçues ayant été intermittentes et coïncidant probablement avec les diverses poussées d'accroissement du kyste. A côté de la sensation de pesanteur et de tension il convient de placer la dyspnée, car presque tous les malades s'en plaignent; elle provient probablement de la pression exercée sur le diaphragme par la tumeur, ou des adhérences inflammatoires qu'il peut contracter avec lui. Sur 68 cas réunis par Trinkler, 10 sont accompagnés de dyspnée évidente ; les 14 observations de Cras en rapportent 2 exemples ; mais rarement on l'a rencontrée aussi intense que chez notre malade. Citons encore l'impossibilité du décubitus latéral sur le côté malade.

Chez lui aussi les troubles dyspeptiques étaient très accusés, et nous retrouvons ce symptôme chez beaucoup de malades. Les syncopes sont plus rares.

A côté de ces signes fonctionnels, douleur, dyspnée, dyspepsie, se placent les signes physiques, et c'est sur leur étude que repose la partie la plus importante de la symptomatologie et du diagnostic.

A l'inspection du malade on remarque un élargissement et un soulèvement de l'hypochondre gauche, sans changement de coloration de la peau, l'asymétrie est manifeste et est rendue plus évidente encore par la transformation du type respiratoire qui devient unilatéral droit (obs. n° I), la tumeur participe aux mouvements d'abaissement et d'élévation du diaphragme. Si la tumeur est considérable, les côtes inférieures sont écartées; les bords inférieurs des arcs costaux sont tournés en dehors, les intervalles sont légèrement aplanis, l'estomac est refoulé à droite dans la région hépatique, le cœur et les poumons peuvent être déplacés, le foie est quelquefois soulevé et on n'entend plus sa matité à l'endroit habituel. Il y a même des cas où la tumeur splénique s'approche tellement de la ligne médiane que la matité du foie se confond avec celle de la poche kystique. Cette même matité peut se confondre en haut avec celle du cœur, et descendre parfois en bas jusqu'à la crête iliaque, transversalement en arrière elle se continue dans la région rénale. On ne trouve pas d'anses intestinales en avant de la tumeur.

La palpation de la rate est fort difficile. Elle permet de découvrir une tumeur lisse, jamais bosselée, parfois dure, plus souvent rénitente. Ses limites sont tantôt définies, permettant de suivre ses bords, ou bien vagues, se perdant dans les régions voisines.

La fluctuation est tantôt très nette, tantôt elle est

remplacée par de la rénitence. Enfin, il est un signe qu'on a voulu donner comme pathognomonique du kyste hydatique, mais qui perd de sa valeur car il est des plus hypothétiques, nous voulons parler du frémissement hydatique. Briançon le signale le premier en 1828, Bainêt, Davaine, Tillaux l'étudièrent ensuite. Il serait dû aux vibrations d'un liquide fluide, de tension moyenne, se mouvant dans une enveloppe élastique et souple, vibrations d'autant plus intenses que les hydatides sont plus nombreuses, plus volumineuses et contenues dans un kyste plus superficiel. Rien ne peut donner une idée plus nette de ce signe à celui qui ne l'a jamais perçu, que de faire rouler dans le creux de la main une vésicule hydatique fraîche (1). Cet indice caractéristique du kyste hydatique permet de poser sans hésitation le diagnostic lorsqu'il a été nettement perçu, malheureusement il est des plus rares et il fait bien souvent défaut. Trinkler sur 50 observations ne le retrouve que 8 fois ; sur les 34 observations de Le Noël nous ne retrouvons ce signe noté que deux fois ; Chouppe en 1870 le perçut très nettement chez un malade de M. le professeur Vulpian; Bucqnoy dit d'autre part que chez une de ses malades « le frémissement hydatique proprement dit n'y était pas perçu, mais la percussion donnait cependant une sensation de tremblement particulier ». Enfin dans les quelques observations résumées plus loin on verra que ce signe n'est mentionné qu'une seule fois (obs. n° V). Nous ne l'avons pour notre part pas perçu chez l'homme dont nous avons suivi la maladie ; il nous a été donné de

(1) A. Létienne.—Art. « Kyste hydatique du foie », *Manuel de Médecine*, Debove et Achard, édit. 1895, tome VI, p. 222.

le sentir une fois en 1895 chez M. le professeur Combalat, sur un malade atteint d'un volumineux kyste hydatique du foie.

L'auscultation ne donnera que peu de renseignements, elle a pu permettre de percevoir des craquements au moment des mouvements respiratoires. Dans l'observation de Guydo, n° VI, on percevait deux bruits, l'un systolique, l'autre diastolique, et qui correspondaient à des mouvements perçus à la palpation. M. Bergmann distingue aussi deux bruits, le bruit des hydatides et le froissement perceptible sur toute la surface de la rate, correspondant à la zone de matité que la percussion a révélée.

Tels sont les symptômes locaux. Résumons :

a) *Inspection.* — Élargissement et soulèvement de l'hypochondre gauche, respiration unilatérale droite. Asymétrie manifeste.

b) *Palpation.* — Difficile. Tumeur fluctuante ou rénitente, lisse, augmentation de volume de la rate qui perd sa forme première, limites difficiles à déterminer. Pas d'ascite. La rate suit les mouvements respiratoires.

c) *Percussion.* — Matité des plus étendues, suivant le volume de la tumeur. Pas de zones sonores interposées. Déplacement des organes voisins. Frémissement hydatique.

d) *Auscultation.* — Ne donne rien de bien important et de caractéristique.

Voyons maintenant les symptômes généraux. La plupart du temps l'état général est parfait. M. le professeur Combalat s'appuya beaucoup sur le parfait état de santé du malade qu'il avait sous les yeux pour porter son diagnostic. C'est une règle à peu près générale, sauf le cas où le kyste devient purulent. Nous avons déjà mentionné les troubles du tube digestif, des poumons, du cerveau, au début de la maladie, nous n'y reviendrons pas ici.

Que devient un kyste hydatique lorsqu'on l'abandonne à lui-même ? On ne peut compter sur la guérison spontanée. Il peut rester longtemps sans amener de troubles graves, mais il évolue toujours.

Les terminaisons sont des plus variables : évacuation dans le thorax, le kyste se vide par les bronches (obs. de Quénu, nº VII, et de Durozier) (1). Évacuation dans l'abdomen ou les intestins (obs. de Brault, nº VIII).

L'évacuation par les bronches ou le colon est une des plus heureuses terminaisons spontanées. La suppuration du kyste est plus grave, car si on n'intervient rapidement, la septicémie emporte le malade. Dans d'autres cas, par l'augmentation de volume de la tumeur, les troubles de compression empêchent les fonctions importantes de s'exercer complètement, et la cachexie peut s'ensuivre.

L'intervention s'impose donc dans la grande majorité des cas, et permet l'espoir d'une guérison.

Est-il vrai, ainsi que le soutient Bouyet (2), que les porteurs de kyste hydatique sont des tuberculeux ou

(1) Durozier. — Société de médecine, 15 avril 1870.

(2) Bouyet. — Thèse Paris 1896, nº 448. — *De la tuberculose pulmonaire dans les kystes hydatiques.*

des tuberculisables ? Malgré les assertions savamment défendues dans sa thèse, malgré les observations qu'il rapporte, malgré celles que nous avons rencontrées nous-même, nous ne croyons pas à un appel du bacille de Koch par l'échinocoque ; aucun des porteurs d'hydatides que nous avons vus et pu suivre n'est devenu tuberculeux, et nous ne voyons dans la réunion quelquefois rencontrée de ces deux lésions qu'un pur effet du hasard, ou bien encore, le kyste affaiblissant le malade crée chez lui un *locus minoris resistentiæ* dont bénéficie le bacille de Koch.

Un individu se présente à nous : il se plaint d'une tumeur qui s'est développée lentement dans le flanc gauche, comment arriverons-nous à diagnostiquer un kyste hydatique de la rate ?

Posons en principe que ce diagnostic est des plus difficiles et qu'on n'y arrive souvent que par élimination.

Écoutons avec soin l'histoire de la maladie : le plus souvent son évolution a été lente, sa marche chronique ; insistons sur les données étiologiques sur lesquelles les habitudes, le *modus vivendi*, la contrée habitée par le malade peuvent nous éclairer.

Une première question est à résoudre : Quel est le siège exact de la tumeur ? Est-ce une tumeur liquide ?

La sensation de fluctuation ou, si elle fait défaut, la perception de la rénitence de la tumeur qui manque rarement suffit à résoudre la seconde de ces questions. Nous ne ferons donc le diagnostic que des tumeurs liquides. Quant à la localisation exacte du siège de cette tumeur, elle est beaucoup plus épineuse.

Est-ce le foie, le rein gauche, le pancréas, les organes

génitaux (chez la femme), le péritoine ? Lorsque la tumeur occupe nettement l'hypochondre droit, l'hésitation est peu permise, mais si le kyste occupe le lobe gauche du foie, l'erreur est facile, le développement de la tumeur de gauche à droite, la continuation de la matité du kyste avec la matité hépatique, la présence d'ictère, de l'ascite fréquente dans les tumeurs hépatiques, rare dans les tumeurs spléniques, sont autant de symptômes des kystes hydatiques du foie, et qui font défaut chez ceux de la rate. Un élément plus intéressant du diagnostic sur lequel M. Patherat a eu le mérite d'attirer l'attention est l'examen des urines. Dans le kyste du foie, l'urine contiendrait toujours du pigment biliaire, que le procédé de Gmelin (addition d'acide nitrique fumant et production d'anneaux colorés caractéristiques) met en lumière.

Les organes génitaux sont bien plus souvent atteints que la rate. Le toucher, le palper pratiqués avec soin feront voir que la tumeur fait ou ne fait pas corps avec les organes génitaux. Le kyste de l'ovaire évolue plus rapidement. Enfin, la prédominance de la tumeur dans le bas-ventre et le milieu de l'abdomen avec liberté des hypochondres feront penser à une tumeur des organes génitaux.

Bien plus difficile est le diagnostic avec le kyste du rein gauche. Cette affection est généralement indolente. Peu à peu, à mesure que la tumeur augmente, des troubles de compression se montrent. Peu de troubles de la sécrétion urinaire. La tumeur fait saillie en arrière, au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire, entre la douzième côte et la crête illiaque. La tumeur est presque immobile à cause de sa situation en arrière du

péritoine. En augmentant elle peut gagner les hypochondres, la fosse illiaque, mais la partie culminante reste toujours dans la région des lombes. Enfin il est un caractère que Tillaux donne comme pathognomonique des tumeurs rénales (1): en avant, on voit et on sent une sorte de corde qui coupe obliquement la tumeur en écharpe. Cette corde est formée par le colon ; elle glisse sous la pression du doigt et se déplace légèrement. Enfin quelquefois le malade rend par l'urèthre des débris de poche hydatide. Tillaux en a vu un cas.

Continuant la méthode d'élimination, il faut songer à mettre de côté les tumeurs développées dans l'abdomen soit aux dépens du péritoine, soit aux dépens du pancréas.

Des crises douloureuses (névralgie cœliaque), des vomissements, la production de selles huileuses, de stéarrhée, la présence d'une tumeur liquide arrondie, plus ou moins nettement fluctuante, occupant l'épigastre ou l'un des flancs ; une zone de matité séparée par deux zones sonores, en haut de la matité hépatique, en bas du pubis, tels sont les caractères des kystes pancréatiques.

Braquehaye (2) résume ainsi les caractères des kystes du mésentère : tumeur d'abord latérale, devenue ensuite médiane, pointant vers l'ombilic, matité remontant sous les côtes. Tillaux leur ajoute : grande mobilité dans tous les sens, zone sonore entre les parois et la tumeur et au-dessus du pubis.

Une tumeur du grand épiploon est manifestement fluctuante ; mate à la percussion dans toute son étendue,

(1) Tillaux. — *Traité de chirurgie clinique*, 3e édition, page 142.

(2) Braquehaye. — *Kyste du mésentère*. Paris, 1892.

mobile en travers et de bas en haut, elle retentit peu sur l'état général du sujet.

Nous restons donc en présence d'une tumeur liquide ayant son siège dans la rate.

La constatation de la fluctuation, de la rénitence si celle-ci fait défaut, nous a permis d'écarter dès le début toute idée d'hypertrophie malarique, d'hypertrophie leucocytémique et par adénie, de cancer de la rate. Notre diagnostic ne peut désormais rester en suspens qu'entre les tumeurs liquides de la rate, kyste séreux simple, kyste hématique, abcès, kyste hydatique.

Les kystes séreux ne diffèrent des kystes hydatiques que par leurs caractères histologiques, leur diagnostic est donc à résoudre par d'autres procédés.

Les kystes hématiques sont rares, les commémoratifs de traumatismes violents suivis de signes d'hémorragie interne serviront au diagnostic.

Les abcès de la rate s'accompagnent de symptômes d'infection. Idiopathiques ils sont rares, ils sont plus souvent consécutifs à un état septique général ou à la suppuration d'un kyste hydatique.

C'est à l'aide de ces différentes données cliniques qu'on pourra par élimination successive arriver à porter le diagnostic de kyste hydatique, mais ce diagnostic malgré tout n'est encore que probable, aussi a-t-on bien souvent recours à un procédé d'investigation plus certain, nous voulons parler de la ponction exploratrice.

La ponction exploratrice a été très en faveur, ce qui s'explique par la certitude qu'elle donne au diagnostic ; mais les événements ont montré que ce procédé était même quelquefois infidèle ; l'aiguille peut s'obstruer par

un caillot, un produit fibrineux, elle peut ne pas pénétrer dans la poche contenant le liquide et être ainsi une cause d'erreur. Ces ponctions sont donc souvent inutiles, et de plus, bien souvent dangereuses. Scoda eut chez un malade, une heure après la ponction exploratrice, des frissons, de la gastralgie, de la cyanose, une syncope. Willde provoqua ainsi des vomissements, des accès de fièvre, de l'exagération de la sensibilité de la tumeur. Lyhotsky fit apparaître des vomissements violents, de la fièvre et une « éruption analogue à la rougeole ». Koberlé, Alessandri, Tomboff amenèrent la suppuration du kyste. Les observations n° IV, IX, inédite I, font voir que chaque ponction a été suivie d'accidents ; nous-même, malgré toutes les précautions antiseptiques prises sur l'opéré, sur l'instrument, sur nous-même, nous ne pûmes éviter une poussée fébrile, des vomissements, une lipothymie et une éruption d'urticaire généralisée. Bien heureux les cas où les accidents rétrocèdent et où tout se borne à une alerte ; malheureusement on a eu à enregistrer plusieurs décès survenus à la suite de la ponction. Un malade de Gaillet (1) meurt deux jours après une ponction avec des symptômes de péritonite aiguë. Chauffard (2) perdit en vingt-cinq minutes une de ses malades après des symptômes terribles qu'il divise en : réaction cutanée, prurit, début probable d'urticaire; réaction cérébro-spinale, attaque épileptiforme ; réaction myocardique, collapsus cardiaque. Nous pourrions encore citer l'observation de Rambeau (3) et les statistiques de Harley.

(1) Gaillet. — *Société anat.*, tome XXVII.

(2) Chauffard. — *Semaine médicale*, 8 juillet. 1896.

(3) Rambeau. — *Soc. anat.*

Quelle est donc la cause de ces accidents ? Elle est due à la toxicité du liquide hydatique qui, pénétrant dans le péritoine par le trou de la ponction ainsi que nous avons très bien pu nous en rendre compte *de visu* pendant l'opération de notre malade, détermine sur cette séreuse des phénomènes de réaction inflammatoire.

Le liquide de l'hydatide est en effet essentiellement septique et toxique, grâce à une ptomaïne que Mourson et Schlagdenhauffen ont signalée, et qui a été étudiée et diversement interprétée par Viron (1), Boinet et Chazoulière (2), Widal, Debove (3), Kirmisson. Boinet (4) résume ainsi les propriétés de cette toxine spéciale comparable, selon cet auteur, à la *mytilotoxine* des moules vénéneuses et provenant probablement du dédoublement des matières albuminoïdes.

Les expériences portent sur divers animaux, grenouille, souris, lapin, cobaye, chien.

a) *Circulation :* c'est un poison diastolique du cœur, elle ralentit ses battements, diminue l'énergie de la systole, et amène l'arrêt en diastole: cela expliquera les syncopes, le collapsus cardiaque si fréquement observés après les ponctions exploratrices.

b) *Motilité :* parésie, difficulté de la marche, titubation, paralysie complète.

c) *Sensibilité :* émoussée.

(1) Viron.— *Archives de médecine expérimentale*, janvier 1892.
(2) Boinet et Chazoulière. — *Marseille médical*, 15 déc. 1892.
(3) Debove. — *Bul. de la Société méd. des hôpitaux*, 9 mars 1888.
(4) Boinet. — Congrès de Rome 1892, *Gazette des hôpitaux*, 7 août 1897.

d) *Système nerveux :* somnolence, prostration.

e) *Respiration :* au début accélération du nombre des respirations, puis l'inspiration devient moins fréquente, plus pénible, plus embarrassée, les poumons se congestionnent.

f) *Température :* légère élévation.

La *ponction* probatoire est une méthode d'exploration *aveugle,* le péritoine est perforé et rien ne vient combler l'ouverture faite par l'aiguille, si petite soit-elle. Le liquide hydatique s'épanche par le trou fait à la poche du kyste, il fait irruption dans la séreuse péritonéale, l'irrite, et cause les accidents que nous avons passés en revue. C'est pourquoi, malgré les avis de Bouilly qui affirme que faite aseptiquement la ponction exploratrice n'a aucun inconvénient, suivant l'opinion de nos maîtres, MM. les professeurs Poncet, Combalat, Villeneuve, Benet, nous condamnons absolument ce procédé comme coupable de bien des accidents, nous lui préférons la laparotomie exploratrice que l'antisepsie a rendue aujourd'hui absolument inoffensive, et qui a l'immense avantage de permettre au chirurgien de ne plus aller à l'aveugle et de bien se rendre compte de ce qu'il fait.

Le kyste hydatique est une affection grave, qui, abandonnée à elle-même, a bien peu de chances de guérir, et beaucoup plus de mener à la mort. L'intervention est donc de toute nécessité. Quelle sera cette intervention ?

Déjà, en 1853, Valleix écrivait : « Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le traitement interne n'a que peu de valeur. » Je me bornerai donc, à simple

titre de curiosité, à indiquer en très peu de mots ces divers moyens internes qui ne sont plus du reste employés à notre époque : les purgatifs plus ou moins violents, et en particulier les purgatifs salins ont été recommandés, le calomel n'a pas été oublié dans le traitement des hydatides. On a prescrit comme anthelmintiques la térébenthine, l'eau de mer prise tous les jours à la dose de trois à huit verres, et les bains pris principalement à la lame, les préparations d'iode. Et après avoir passé en revue ces divers moyens de traitement, Valleix ajoute (1) : Reste comme principal, sinon comme unique moyen de salut, l'opération.

Mais à quel procédé opératoire donner la préférence ?

Le procédé favori et le plus fréquemment usité de l'époque préhistorique de l'antisepsie était la ponction, opération qui par malheur n'est pas encore complètement délaissée de nos jours (Trinkler). Les statistiques ne plaident pas en sa faveur, Harley, sur 34 malades, eut 11 guérisons, 10 morts et 13 résultats négatifs.

A la ponction simple on a voulu ajouter le lavage de la poche avec des solutions telles que iode iodurée, liqueur de Van Swieten. Mais ce mode opératoire ne donne aucun résultat satisfaisant et la ponction doit être complètement exclue des procédés opératoires de la chirurgie abdominale.

Récamier propose un nouveau manuel opératoire, irriter l'espace entre la poche et la paroi abdominale avec des substances corrosives (pâte de Vienne) dans le but de provoquer la formation d'adhérences inflammatoires

(1) Valleix. — *Guide du médecin praticien*, 1853, tome III, p. 206.

qui s'opposeraient à l'évacuation du kyste dans la paroi abdominale. Les résultats ne sont pas non plus satisfaisants. Ce procédé est douloureux, lent, peut causer une péritonite, il est abandonné de nos jours. Le procédé de Simon consiste à former l'adhérence du kyste au péritoine en insérant deux trocarts à distance et inciser ensuite entre les deux trocarts. Il fut fort apprécié en son temps, mais il est délaissé aujourd'hui. Tous ces procédés sont dangereux, cela est parfaitement et unanimement admis de nos jours.

Wolkmann ouvrit une ère nouvelle dans le traitement du kyste hydatique par sa publication au Congrès de chirurgie en 1877. L'opération qu'il préconise se divise en deux temps : *A*, incision des téguments abdominaux et détermination d'adhérences entre le péritoine pariétal et la poche ; *B*, douze jours environ après, ouverture du kyste, drainage. Lindemann attire la poche au dehors au moyen de ligatures au catgut, ouvre la poche et en suture les parois à l'ouverture extérieure. Landau modifia ainsi le procédé de Lindemann, il vide le kyste à l'aide d'un aspirateur avant d'en suturer les parois à la plaie.

Trinkler estime que tous ces procédés ont un défaut : celui de ne point s'occuper de l'extirpation de la poche. Elle peut suppurer, dit-il (1), lorsqu'elle n'est pas enlevée, et causer des douleurs insupportables. Il reconnaît cependant lui-même qu'on ne peut pas toujours procéder à l'extirpation du kyste, car il peut avoir de vastes liaisons avec tous les viscères voisins, souvent même avec la paroi abdominale antérieure, de plus une hémorragie

(1) Trinkler. — *Revue de chirurgie*, 1894, tome XIV.

mortelle est à craindre, vu la vascularisation considérable de la rate, aurait-on même la sage précaution, ainsi que le fit Péan, de prévenir l'effusion considérable du sang en procédant à la ligature successive des diverses branches de l'artère splénique. L'extirpation de la poche ne peut être permise que dans certains cas très restreints et Holm s'est fait le défenseur de cette idée à la société de médecine de Berlin (1895), en déclarant que ce n'était pas une excellente opération à cause des adhérences trop grandes et des dangers d'hémorragie.

Kœberlé en 1873 tenta le premier la splénectomie d'une rate affectée de kyste hydatique. Péan en 1867 avait avant lui pratiqué cette opération, mais pas pour un kyste de même nature. Depuis, Bergmann, Jonnesco, Kœberlé, Durante ont tenté cette opération, les deux derniers sans succès.

Dans sa récente communication au XIIe Congrès international de médecine tenu à Moscou (1897), Thomas Jonnesco (de Bucarest) fait un long plaidoyer en faveur de la splénectomie, qu'il déclare être « l'opération de choix dans les kystes hydatiques ». « On ne saurait, affirme-t-il, comparer la splénectomie à l'ouverture, la marsupialisation et même le capitonnage du kyste, opérations qui demandent un temps relativement long pour une guérison définitive (1). »

Osons cependant faire la comparaison de la splénectomie et de la laparotomie, et observations en mains voyons quel est le procédé de choix.

Nous l'avons déjà dit, le bilan de la splénectomie est, de l'aveu de M. Jonnesco lui-même, quatre succès, deux décès sur six interventions, la mortalité serait donc de

40 p. 100. Nous n'avons pu savoir quelle avait été la durée des suites opératoires des trois premières guérisons. Jonnesco indique dans son observation : « le pansement est enlevé le neuvième jour, réunion *per primam ;* le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri. »

Les statistiques plaident au contraire en faveur de la laparotomie, avec marsupialisation de la poche à la paroi. Sur 22 observations où nous avons trouvé ce procédé opératoire employé nous ne comptons que 5 décès et 17 guérisons, soit 30 p. 100 de mortalité seulement.

La durée de l'opération a été de soixante-dix minutes pour la splénectomie pratiquée par Jonnesco. M. le professeur Benet termina son opération en trente-cinq minutes.

Notre malade ne put reprendre son travail que vingt-sept jours après l'opération. La moyenne de la durée de la maladie est en général de quarante-cinq à soixante jours et le malade de M. Jonnesco fut guéri au bout de neuf jours, mais la rapidité de la guérison est-elle une raison qui doive faire oublier les insuccès, et ne point tenir compte du shock opératoire qui doit accompagner l'extirpation d'un organe tel que la rate. Ses fonctions ne sont pas encore bien connues, mais par son volume, sa riche vascularisation, sa structure, sa position, elle doit être au rang des organes à respecter et qu'on ne doit pas pouvoir ainsi impunément soustraire à l'organisme. Alors même que la rate serait un laboratoire de toxines, comme l'affirme

(1) Jonnesco. — Congrès de Moscou, 1897. *Presse médicale*, 1er septembre 1897.

Jonnesco, sa fonction hémapoiétique bien établie devrait suffire à la protéger.

L'appréciation des différents procédés et des résultats obtenus à diverses époques depuis près d'un siècle nous fait conclure en faveur de la laparotomie avec marsupialisation, telle qu'on l'a trouvée décrite dans notre observation.

Nous insisterons sur les points suivants : l'incision devra être faite aussi longue que possible, ce qui ne nuit jamais ; on pourra du reste à la fin de l'opération poser une ou deux sutures en haut et en bas et l'on aura la facilité d'explorer de tous côtés la tumeur, car, ainsi que le dit Kœnig, il faut « voir avant tout ».

On devra avant l'incision de la poche bien garnir les contours de l'incision afin d'éviter avec soin l'effusion du liquide hydatique dans le péritoine.

La marsupialisation terminée nous croyons peu utile de faire une injection dans le kyste, le mieux est de drainer immédiatement, après avoir vidé le plus complètement possible la poche.

Le pansement sera légèrement compressif et devra être changé quotidiennement. On laissera la poche s'éliminer d'elle-même, lorsqu'on la jugera suffisamment détachée, on introduira le plus profondément possible une sonde d'homme, n° 16 ou 18, ainsi que nous l'avons fait, on poussera le plus fortement possible une certaine quantité d'eau boriquée (nous avons fait passer ainsi jusqu'à sept litres). La paroi et les hydatides paresseuses à s'éliminer seront ainsi repoussées de dedans en dehors et la cavité parfaitement lavée.

II. — PAROTIDE

Les kystes hydatiques de la parotide sont des plus rares, nous n'en avons trouvé que trois. Trois observations, c'est beaucoup relativement sur une question scientifique où, en somme, « les observations se comptent » comme le dit si bien Delorme (Art. « Parotide » du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*). Les kystes simples, constitués par une distension des culs-de-sac glandulaires, pouvant contenir de la salive, sont plus fréquents, ceux qui contiennent du sang se rencontrent aussi assez souvent. Les kystes à échinocoques de la parotide sont si rares que le traité de chirurgie de Simon Duplay et Paul Reclus les mentionne à peine et que dans aucun ouvrage nous n'avons pu trouver un article consacré spécialement à cette question. Comme toutes les tumeurs liquides de la parotide, le kyste a une évolution très lente, tout à fait insidieuse et indolore tant que par son volume il n'est pas arrivé à comprimer les filets nerveux, les branches vasculaires qui sillonnent cette glande.

Ils constituent des tumeurs lisses, régulières, de consistance absolument uniforme, et fluctuantes ; leur transparence est aussi à signaler (obs. X). Leur siège est fort variable : ou bien ils font relief sous la peau, ou bien siègent en plein tissu glandulaire ; ou bien sont développés dans la profondeur, aux dépens du prolongement pharyngien de la glande ; on trouve alors (obs. X) sur les parties latérales du pharynx, au niveau de l'amygdale,

une tumeur lisse, qui s'est développée d'une façon indolente (1) ; la voûte palatine et l'arcade dentaire peuvent être déformées, les piliers du voile du palais soulevés. Les mouvements de mastication sont difficiles, mais, détail bien caractéristique et qui a une importance capitale au point de vue du diagnostic avec les tumeurs malignes, la douleur ne se fait jamais sentir.

De même que nous avons condamné la ponction exploratrice pour les tumeurs spléniques, nous ne l'approuvons pas ici, quoiqu'elle soit dans ce cas absolument inoffensive, l'irruption du liquide dans une séreuse n'étant nullement à craindre ; elle peut du reste avoir quelquefois sa raison d'être, le diagnostic ne pouvant être fait sans elle.

La fluctuation bien constatée suffit à nous faire éliminer toute idée de tumeur gazeuse ou solide, il s'agit de reconnaître si la poche contient du pus, du sang ou de la sérosité.

Un abcès froid évoluera rapidement et s'accompagnera de douleur. Trouve-t-on des signes d'anévrysme on pourra penser à du sang. La transparence sera très utile pour diagnostiquer la sérosité (2).

Quoique le pronostic ne soit point grave il faut instituer un traitement et un traitement uniquement chirurgical. L'ablation de la poche n'est conseillée par personne en raison des nerfs, des vaisseaux qui traversent la glande et que l'on s'expose à léser à chaque coup de bistouri. Le meilleur traitement dans ce cas est la ponction.

Des ponctions simples, répétées au besoin plusieurs

(1) Tillaux. — *Traité de chirurgie clinique*, tome I, p. 300.
(2) Tillaux. — *Loc. cit.*

fois peuvent amener la guérison. Aujourd'hui on préfère, en général, la faire suivre d'un lavage avec une solution cautérisante ou antiseptique. Tour à tour chaque chirurgien a préconisé sa méthode, les uns, avec Mesnard, Bouilly, injectent une petite quantité de sublimé en solution à 1 p. 1000, font un grand lavage de la poche, retirent le liquide et leur malade guérit. D'autres, suivant la méthode inventée par Baccelli pour les kystes du foie, ne soutirent qu'une très faible quantité de liquide, et injectent une petite quantité de sublimé. Tillaux propose une injection iodée comme dans l'hydrocèle de la tunique vaginale; Billroth de Vienne(Autriche) introduit dans la poche une émulsion d'iodoforme; Berrueco (de Madrid) évacue le tiers de la poche et remplace ce tiers par une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100; l'incision a donné d'heureux résultats (obs. XI).

Les procédés sont nombreux; leur emploi est soumis aux préceptes généraux qui servent de guide à un praticien prudent et éclairé.

APPAREIL CIRCULATOIRE

Bien rares sont les localisations du kyste hydatique dans l'appareil circulatoire ; en parcourant les annales de la littérature médicale, il nous a été possible de recueillir trois observations d'hydatides développées dans l'intérieur d'une artère (obs. XII, XIII, XIV).

Nous en avons trouvé une seule appartenant à des veines (obs. XV).

Les hydatides du cœur considérées tout d'abord comme de curieuses trouvailles d'autopsie, et dont l'existence relativement fréquente semble aujourd'hui suffisamment établie, doivent prendre rang dans la pathologie humaine ; aussi nous a-t-il paru intéressant d'en rechercher les principales observations, d'en résumer quelques-unes et d'y ajouter une observation personnelle, véritable découverte d'amphithéâtre que nous avons faite durant notre internat à l'hôpital de la Charité.

Galien le premier vit sur des cœurs d'animaux des vésicules dont la description rappelle les caractères de la vésicule hydatide. Les médecins du XVIIe et XVIIIe siècle, entre autres Kolfinth, Tébésius, Fanton, constatèrent de semblables vésicules dans le cœur humain. Au

commencement de ce siècle Dupuytren, Portal, Meckel, Morgagni relatèrent des cas isolés d'hydatides du cœur. Mais il faut arriver en 1846 pour trouver le premier travail d'ensemble; il est dû à Griesinger de Stuttgard.

Douze ans plus tard Budd fait dans le *Medical Times* une importante étude des hydatides du cœur ; il réunit les cinq cas bien authentiques connus et les fait suivre de considérations des plus judicieuses ; il cite entre autres l'observation d'un jeune homme de vingt-trois ans, sujet depuis quelque temps à de violentes crises de dyspnée, qui finirent par l'emporter. Son autopsie révéla la présence dans le ventricule droit d'une hydatide de la grosseur d'une orange et on en trouva aussi dans le poumon gauche et l'artère pulmonaire correspondante.

Dans son remarquable traité des entozoaires, Davaine en rapporta plusieurs observations que de Welling porta à trente dans sa thèse inaugurale (1). Bouceret en 1874 en trouve dans la cloison interventriculaire. Rendu, en 1878, dans la partie supérieure de la cloison interventriculaire; Renault en 1882 dans la partie gauche de la pointe du cœur ; enfin Bobovitz en 1886 peut en réunir quarante cas dont un personnel, siégeant dans le ventricule gauche (obs. VI) (2). Il signale l'existence d'hydatides libres dans la cavité ventriculaire ; il leur donne le nom d'hydatides flottantes. Hendersen avait publié en 1868 le premier cas d'hydatides flottantes : un kyste du volume d'une bille de billard fut trouvé par lui dans la cavité du ventricule gauche ; au sommet du ventricule on voyait une dépression en forme de cupule creusée dans un tissu de

(1) De Welling. — *Des hydatides du cœur*. Thèse Paris 1872. N° 18.
(2) Bobovitz. — *Des hydatides du cœur*. Thèse Paris 1886. N° 287.

consistance gélatineuse et à laquelle la poche devait adhérer primitivement.

Depuis la thèse de Bobowitz quelques cas nouveaux ont été publiés ; Martin-Dür (1) relate la découverte d'un kyste siégeant dans la paroi antérieure du ventricule gauche, plus près du sillon longitudinal que du bord gauche du cœur. Mayet (2) en cite un cas de localisations multiples dans le foie, le péricarde, le myocarde chez un enfant de six ans. Enfin Demantké (3) faisant l'autopsie d'un homme mort en asystolie trouva au niveau de la paroi antérieure et supérieure du ventricule gauche de petites saillies blanchâtres et au voisinage de la mitrale un kyste du volume d'une petite orange. Citons encore l'observation XVII, et pour terminer une observation personnelle que nous avons recueillie à la Charité.

OBSERVATION INÉDITE PERSONNELLE II

Kyste hydatique du cœur

M... Victor, soixante-sept ans, entre à la Charité le 3 juillet 1897, avec le diagnostic de misère physiologique. Nous procédons le lendemain à son interrogatoire, où il nous apprend que depuis une dizaine d'années il était sujet à des accès de dyspnée paroxystique, de véritable étouffement dès qu'il se livrait à la moindre fatigue ; il fut obligé de quitter son métier de portefaix et incapable de tout travail il se réfugiait dans un asile d'incurables. C'était un vieil alcoolique ; ses artères, dures,

(1) Martin Dür. — Société anatomique, 22 février 1889.
(2) Mayet. — Société anatomique, 1895.
(3) Demantké. — Société anatomique, février 1895.

véritables tuyaux de pipe, trahissaient l'artério-sclérose que confirmaient du reste une bronchite emphysémateuse chronique, l'albuminurie légère que présentaient ses urines, l'œdème de ses membres inférieurs.

Un mois après son entrée, après plusieurs crises de dyspnée rappelant presque l'*angor pectoris*, il mourut en asystolie.

Autopsie. — Le cœur, du poids de 430 grammes, était entièrement recouvert par les poumons très emphysémateux. Le péricarde incisé laisse échapper quelques grammes de sérosité.

Les oreillettes étaient normales. Les ventricules ouverts par le côté permettent de voir des lésions d'athérome très développées surtout sur les sigmoïdes aortiques.

Enfin dans la cloison interventriculaire qu'il soulève en proéminant dans le ventricule droit était un kyste du volume d'une noix. Il se trouvait placé au-dessous de la tricuspide dont il ne gênait point le fonctionnement. Nous incisâmes ce kyste, et il s'en échappa quelques grammes d'un liquide clair limpide et une petite vésicule hydatide. Le cœur droit était rempli de caillots organisés et surtout agoniques. Pas traces d'hydatides dans les autres organes.

Bien que dans les quelques observations que nous venons de citer, le kyste ait été toujours ou presque toujours rencontré uniquement dans le cœur, il n'en est pas moins avéré que l'échinocoque du cœur est la plupart du temps secondaire; sur les trente observations de Welling et les six de Bobowitz, quatorze fois cette proposition s'est trouvée vérifiée; plusieurs observations contenues dans notre thèse en font foi. D'après un tableau dressé par Bobowitz (1), voici quels sont les organes le plus souvent frappés ensemble.

(1) Bobowitz, in thèse, *loc. cit.*

Cœur et foie	8 fois
Cœur et poumons	2 —
Cœur et plèvre	1 —
Cœur et rein	1 —
Cœur et rate	1 —
Cœur et ovaire gauche	1 —

Le plus souvent on ne trouve qu'une seule vésicule, rarement 2 ou 3. Otto en a rencontré exceptionnellement 70 ou 80 à la fois.

Leur volume est des plus variables : un petit pois, une bille de billard, une orange; leur siège varie aussi beaucoup; tous les points de l'organe peuvent être envahis; cependant le cœur droit paraît être son point d'élection; notre observation personnelle en rapporte un cas. Il siège le plus souvent dans le tissu musculaire; quelquefois, il vient faire saillie dans la cavité et l'endocarde le recouvre; en voici un exemple : c'est Moscon qui le rapporte. Un homme de dix-neuf ans, autopsié par lui, portait un kyste développé dans la cloison inter-auriculaire, du volume d'une pomme. Ce kyste s'enfonçait dans la cavité de l'oreillette droite et de la gauche, de façon à masquer en partie les orifices veineux.

D'autres fois le kyste fait au contraire, à la face extérieure, une saillie recouverte par le péricarde. La vésicule peut être pédiculée en saillie dans l'intérieur du cœur ou flottant librement dans une des cavités, nous avons rapporté deux observations d'hydatides flottantes.

Les parasites peuvent séjourner longtemps dans l'épaisseur de la paroi cardiaque sans donner lieu à d'autres accidents que quelques irrégularités du rythme cardiaque; ils ne sont découverts que sur le marbre de l'amphithéâtre.

C'est pourquoi il n'est pas facile de leur assigner une symptomatologie spéciale; en général, elles ne déterminent aucun trouble appréciable tant qu'elles n'ont pas acquis un très grand volume ou qu'elles ne sont pas placées de manière à compromettre la circulation intracardiaque. Des palpitations, un sentiment de pression douloureuse à la région précordiale, de la dyspnée, quelquefois des hémiplégies, de la cyanose, des hydropisies, tels sont les principaux symptômes auxquels l'hydatide cardiaque peut donner lieu. Le pouls devient petit, le choc du cœur plus faible, la matité peut dénoncer une augmentation du volume du cœur. Quelquefois on a pu percevoir des souffles systoliques ou diastoliques.

La présence de l'échinocoque reconnue, « chose presque impossible », aucune indication spéciale ne se pose au point de vue du traitement.

On devra seulement s'efforcer de maintenir le cœur en état de lutter avec l'obstacle que le kyste apporte à son fonctionnement et mettre l'économie en mesure de résister aux conséquences d'une circulation défectueuse.

Le précepte général qui domine tout est l'hygiène ; un cœur malade n'est capable d'effectuer régulièrement qu'un travail restreint et il faut avant tout s'abstenir de lui en demander davantage.

La mort subite n'est pas un fait rare : Budd, in *Med. Times* de 1858 et Richard Schmidt in *The Lancet* (1878) en rapportent deux cas que Brouardel rappelle dans *Mort et Mort subite*, 1895.

II. — SYSTÈME LYMPHATIQUE

Nous n'avons trouvé qu'une seule observation d'un kyste développé dans l'intérieur d'un ganglion (voir observation XVIII).

KYSTES HYDATIQUES DES SÉREUSES

I. — PLÈVRE

OBSERVATION INÉDITE III

Kyste hydatique de la face externe de la plèvre pariétale, ayant évolué en avant sous le grand pectoral, en arrière sous le grand dentelé après avoir perforé la troisième côte en arrière. Due à l'obligeance et à l'amitié de M. le professeur Benet.

J..., jeune fille de vingt ans, soignée depuis quelque temps par M. le docteur Oddo, médecin des hôpitaux, pour des douleurs névralgiques siégeant du côté droit et que rien ne pouvait calmer. Dans les premiers jours de mai 1889 se déclare une crise de dyspnée intense avec douleurs très fortes sous le sein droit et syncopes répétées. Morphine, éther, rien ne peut calmer ces crises douloureuses. M. le docteur Oddo fait appeler M. le professeur Benet et ils constatèrent au point douloureux, tout à fait comparable à un point pleurétique, une petite tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, adhérente dans la profondeur, fluctuante et peu sensible elle-même. Rien à l'auscultation.

Une ponction exploratrice fut pratiquée avec la seringue de Pravaz et l'on retira du liquide purulent. Pensant à un abcès froid d'origine costale, une intervention fut proposée et acceptée, le but était de cureter l'abcès et d'enlever l'os supposé malade.

L'incision faite en dehors et au-dessous du sein droit condui-

sit sur une poche volumineuse d'hydatide suppurée, et on trouva à côté de celle-là un grand nombre d'autres petites poches intactes disséminées dans le grand pectoral et surtout dans le tissu cellulaire aponévrotique qui sépare ce muscle des intercostaux. Lavage de la cavité.

Deux gros drains sont laissés à demeure, chaque jour une injection phéniquée est faite à travers les drains, chaque jour un grand nombre de petites vésicules hydatides sont éliminées. Un nombre incalculable fut ainsi rejeté pendant les deux mois que les drains ont fonctionné. Soixante jours après l'intervention la plaie était cicatrisée et la malade était tout à fait bien. Elle n'avait plus eu d'accès d'aucune sorte depuis l'opération.

Deux ou trois petites tumeurs de la grosseur d'une mandarine étaient apparues en arrière entre le bord spinal de l'omoplate droite et la série des apophyses épineuses. Ces tumeurs grossirent insensiblement et le 26 septembre de la même année une deuxième intervention fut tentée. Incision de 6 centimètres parallèle au bord spinal de l'omoplate; issue d'une grande quantité d'hydatides venant de la partie antérieure du grand dentelé. Pour arriver à énucléer toutes les vésicules il fallut remonter avec la main entre l'omoplate et la cage thoracique. Le doigt découvrit alors au-devant de l'omoplate un trou admettant facilement le passage de l'index, situé même dans l'épaisseur de la troisième côte. Par ce trou on sentait le feuillet pariétal de la plèvre; par lui une quantité immense d'hydatides fut encore évacuée; on se rendait très bien compte qu'elles avaient pris naissance sur la paroi externe et postérieure de la plèvre pariétale; cette plèvre qui, partant du sternum, tapisse une partie de la face postérieure de cet os, se porte en dehors, recouvre la face interne de la paroi costale et arrive jusque dans les gouttières vertébrales: plèvre remarquable par son épaisseur et sa faible adhérence aux parties sous-jacentes, cartilages costaux, muscles intercostaux, côtes; au-dessous d'elle existe une couche lâche et abondante de tissu cellulo-graisseux et une mince couche aponévrotique; tel était le point de départ de ces hydatides.

Nouveau drainage comme pour la première intervention. Un certain nombre de petits kystes dans leur migration évoluèrent en avant, et il fallut rouvrir la première cicatrice par laquelle ces kystes s'éliminèrent.

Le point de départ des hydatides était donc bien dans la cage thoracique, *sur le feuillet pariétal de la plèvre ;* rien à l'auscultation ne l'avait cependant révélé, le toucher seul en donna la preuve. De là ces hydatides avaient *perforé la troisième côte*, d'un trou rond, à bords nettement découpés; tandis que la majeure partie s'écoulait en avant pour venir se loger sous le grand pectoral, les autres avaient glissé en arrière, sous l'omoplate, pour venir faire saillie en dehors de son bord spinal.

Depuis cette époque plus de grandes douleurs, nécessitant une troisième intervention. La malade se porte très bien, s'est mariée, a eu des enfants.

Seulement trois fois M Benet dut ponctionner au bistouri, cureter ensuite trois petites tumeurs du volume d'une noisette survenues sous le sein droit ; issue d'un liquide eau de roche, d'une hydatide, puis guérison par première intention.

Dans les antécédents de cette malade M. Benet a relevé ce fait qu'elle avait possédé pendant dix ans un petit chien très familier qu'elle affectionnait beaucoup et qui couchait même dans son lit.

Il n'y a pas bien longtemps encore existait une vieille opinion qui voulait que les kystes hydatiques ne puissent se développer primitivement dans les séreuses. Davaine fut un des porte-paroles de cette opinion lorsqu'il écrivait : « Les hydatides intra-thoraciques ne se forment point dans la plèvre ; il est vrai que l'on trouve quelquefois dans la cavité pleurale des hydatides renfermées dans des poches adventives, mais elles sont formées primitivement en dehors de la plèvre et ne s'y sont ouvertes que par le progrès du développement. Cette opinion est

aujourd'hui réduite à néant par l'existence incontestée des kystes pleuraux, dont quelques observations font foi.

Ils n'abondent pas cependant : sur un total de 983 de ces kystes Neisser n'a compté que 17 échinocoques primitifs de la plèvre ; sur 376 cas publiés par Davaine nous n'en avons trouvé aucun parlant de la plèvre ; pareille lacune se retrouve dans les 255 cas de Finsen ; par contre Madelung en cite 2 cas sur 200 observations. Du pourcentage que nous avons essayé d'établir il résulte que si le poumon vient immédiatement après le foie avec 16,41 p. 100, la plèvre vient à peine à 0,12 p. 100. Geoffroy et Dupuytren publièrent le premier exemple de kyste primitif pleural dans les *Bulletins de la Faculté de médecine* (1805). Depuis, quelques observations ont été recueillies : citons Moutar-Martin en 1871 dans la *Gazette hebdomadaire;* Carre, *Lyon médical* (1873), Groome (1884), Brunner (1890), Porte (1892), Courtin (1893), Moret (1896), Duffey (1896) (Voir plus loin les observations numérotées XIX, XX, XXI, XXII).

Passer en revue tous les symptômes des épanchements pleuraux et constater leur existence dans les cas de kystes hydatiques nous semble superflu ; en dehors des cas où leur symptomatologie est des plus obscures et où leur rencontre est une découverte de salles d'opérations, nous essayerons de rechercher les signes différentiels capables de frapper le clinicien et de lui faire à l'occasion soupçonner l'affection qui nous occupe.

Dans les observations que nous avons recueillies, rarement le diagnostic de kyste hydatique fut porté ; c'est dire combien il est difficile. Il existe cependant deux symptômes qui, joints à ceux d'un épanchement pleural,

peuvent conduire au vrai diagnostic : l'apparition de la gravité croissante des crises de dyspnée capables d'emporter rapidement le malade (obs. de Duffey, n° XXIII), à moins qu'une intervention hâtive le débarrasse (obs. de Maret n° XXII) ; la toux, plus rare dans les épanchements pleuraux ordinaires, prend ici une intensité remarquable, survient par crises et fatigue beaucoup le patient (obs. n° XXIV). Southey, dans *Bartholomeus Hospital Report*, cite un cas « où la toux était très pénible, revenait par crises chaque nuit, et résistait même à la morphine ». Un autre symptôme caractéristique de l'épanchement pleural. hydatique (quoiqu'il se retrouve aussi dans les collections enkystées) est la forme convexe en haut de la limite supérieure de la matité thoracique : l'observation de S. Boyd (1) nous en fournit un remarquable exemple.

Le début de l'affection est aussi des plus insidieux ; il peut simuler des douleurs pleurodyniques (obs. inédite n° III). Elle n'évolue pas rapidement comme la pleurésie : ici pas de mouvement fébrile, pas de petits frissons, mais une dyspnée, une gêne, une toux qui peuvent importuner, affaiblir le malade.

Quelle est l'évolution du kyste hydatique pleural ? Dans la plèvre comme dans les autres organes la guérison spontanée est inconnue : abandonné à lui-même il tue fatalement le malade par progression des symptômes pulmonaires dus à la présence de la collection pleurale, asphyxie progressive, dyspnée croissante, cyanose ; par action réflexe sur l'appareil circulatoire ; exceptionnellement par infection spontanée de la poche (cas de Walmann, in *Schmidts Jahrbücher*).

(1) S. Boyd. — *Australian medical Journal*, 1881.

D'autres fois il n'emporte pas si rapidement le patient; il ne reste pas intra ou extra-pleural, par usure de la paroi thoracique, en perforant une côte (obs. inédite n° III), en rongeant le tissu osseux, se faisant une brèche à travers les muscles intercostaux (obs. de Walmann n° XXV), il vient faire saillie dans un espace intercostal, ou sous le grand pectoral, sous l'angle de l'omoplate; la tumeur qu'il constitue peut être réductible, chose très rare, et occuperles sièges les plus divers, axillaire, sous-mammaire, sous-scapulaire, etc.

Lorsque le kyste restera intra-pleural, son diagnostic est à faire avec tous les épanchements chroniques de la plèvre; on se rappellera les divers symptômes que nous avons indiqués, les commémoratifs sur le genre de vie, les habitudes du malade.

S'il évolue au dehors de la plèvre comme on le voit dans deux ou trois observations mentionnées, l'indécision est encore plus facile. On l'a tour à tour confondu avec un lipome, un abcès froid d'origine costale, un enchondrome costal, un empyème saillant; les plus sages réservent le diagnostic et demandent à la ponction exploratrice ou à l'opération elle-même de les éclairer tout à fait.

A l'exemple d'Albert Heydenreich (1), nous condamnerons la ponction exploratrice, qui renseigne bien sur la nature du contenu de la tumeur, mais ne donne aucun renseignement sur le siège qu'elle occupe. Il importe d'instituer le traitement, avant même que ce point soit éclairci.

(1) Heydenreich. — *Semaine médicale* 1891, page 449.

Avant de passer en revue les divers modes de traitement adoptés, voyons ce que deviennent les kystes hydatiques de la plèvre abandonnés à eux-mêmes. Reiner a réuni 31 cas dans lesquels il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale, les 31 malades ont succombé, onze de ces cas étaient des échinocoques primitifs de la plèvre.

Les bons effets de l'intervention ont été bien mis en lumière par les médecins australiens ; Davies Thomas publie une statistique des plus intéressantes et instructives, 38 cas ont été opérés ; 32 succès ont répondu à l'opération, soit 84,21 p. 100 de succès.

Les méthodes de traitement employées peuvent se réduire à deux : ponction simple ou suivie d'injection médicamenteuse ; incision avec ou sans résection costale.

Carl Maydl (1) nous fournit dans un récent mémoire des renseignements complets sur la valeur de ces interventions. Sur 16 cas où la ponction seule a été pratiquée, il compte 11 décès et 5 succès, soit 68,7 p. 100 de mortalité, 3 fois il s'agissait d'un kyste primitif de la plèvre : la ponction est donc une mauvaise méthode.

Vigla a guéri un kyste de la plèvre par une ponction suivie d'une injection iodée ; Masler a traité un malade avec succès par une injection parenchymateuse d'acide phénique ; Bouilly conseille les injections de sublimé, Billroth une émulsion d'iodoforme, Juhel-Rénay et Chauffard des solutions naphtolées, Debouc le sulfate de cuivre.

Mais en dépit des quelques résultats heureux rencon-

(1) Karl Maydl. — *Ueber Echinococus der Pleura.* Wien 1891.

trés très rarement, les objections qui s'élèvent contre les ponctions doivent les faire écarter, qu'elles soient suivies ou non d'injections de substances médicamenteuses.

Par contre, la méthode de l'incision donne des résultats très encourageants. Maydl ne rapporte que deux cas d'échinocoques traités par l'incision; les deux malades ont guéri; sur 13 cas rapportés par Heydenreich, on ne compte que 3 morts, soit une mortalité de 23 p. 100, toutes les observations que nous rapportons nous-même et qui ont été traitées par l'incision, marquent un succès.

On a pratiqué soit l'incision simple du kyste, soit l'incision précédée d'une résection costale. Dans les deux cas, la cavité doit être drainée après l'observation. La résection ne constitue pas une aggravation sensible du traumatisme opératoire ; elle a l'avantage de donner plus de jour pour aborder le champ opératoire, de permettre un plus large drainage, et d'amener le retrait plus facile de la paroi thoracique dans le sens antéro-postérieur, puis le retrait de la paroi vers le poumon rétracté. Pour faciliter ce retrait Berger, Bouilly, Bœckel pratiquent des résections étendues ; Quénu pratique la mobilisation de la paroi latérale de la poitrine ; Delagenière, estimant que le travail de réparation se fait aux dépens du poumon et non de la paroi, évacue le contenu de la plèvre et transforme la cavité pleurale anfractueuse en une cavité régulière, par suite facile à combler. Il atteint ce but en effaçant le cul-de-sac costo-diaphragmatique et en drainant la plèvre dans ce cul-de-sac même. Il obtient l'effacement de ce cul-de-sac en réséquant les sixième, septième, huitième et neuvième côtes dans la plus grande partie

de leur étendue. L'incision de la plèvre se fait dans l'espace occupé par une des côtes réséquées et le drainage dans la partie antérieure de l'incision qui correspond au cul-de-sac costo-diaphragmatique.

Le temps nécessaire à la cicatrisation est des plus variables. Elle est retardée par des lavages répétés, aussi semble-t-il préférable de n'y recourir qu'en présence d'accidents infectieux à combattre. Deux à trois mois suffisent à la guérison dans les cas les plus favorables, il a fallu une fois dix-sept mois pour amener la guérison.

Sans être aussi affirmatif que Heydenreich qui dit que la méthode de choix pour le traitement des kystes hydatiques primitifs de la plèvre est l'incision, de préférence avec la résection costale ; qu'Hector Mackenzie qui conseille seulement l'incision franche suivie d'évacuation complète du kyste, nous dirons que le choix de l'incision simple ou de l'incision avec résection costale est soumis aux préceptes généraux qui servent de guide à un praticien prudent et éclairé, il est aussi absurde de se dire partisan absolu d'un de ces deux procédés que de se prononcer en ennemi de l'autre, c'est là que se révèle surtout le tact chirurgical, une des qualités maîtresses de tout chirurgien de cette heure.

Nous venons de nous occuper exclusivement des kystes ayant pris naissance sur un des feuillets de la séreuse pleurale, il nous faut dire aussi un mot d'une autre variété de kyste, la plèvre peut en effet être envahie secondairement par des échinocoques, développés primitivement dans le poumon et le foie principalement, très rarement dans d'autres organes, le rein par exemple. Dans ce cas,

au point de vue clinique, il existe des relations étroites entre les échinocoques de la plèvre et ceux des organes qui l'avoisinent.

Des échinocoques du poumon, du foie, peuvent être confondus avec ceux de la plèvre, leur diagnostic est fort difficile, ne peut même souvent être éclairé par la ponction exploratrice qui renseigne bien sur la nature de l'affection, mais peu sur le siège. Ils sont plus graves que les kystes primitifs de la plèvre. Sur les 31 cas de Neisser, où tous ont succombé, 8 fois la plèvre avait été envahie par des kystes venant du poumon ; les 12 autres cas concernaient des échinocoques du foie ayant fait irruption dans la plèvre.

Ici la ponction est absolument insuffisante, il faut se faire une large brèche, vider complètement le kyste quel que soit son siège. La guérison est à ce prix.

II. — PÉRICARDE

Plus rares sont les kystes hydatiques du péricarde. Comme ceux de la plèvre, ils peuvent être primitifs, plus fréquemment secondaires (obs. XXV et XXVI). Landouzy en 1870 rapporte un kyste du péricarde viscéral siégeant au niveau de la face antérieure du ventricule gauche. Mayet, en 1895, rapporte un autre cas de kyste multiloculaire du foie, du péricarde, du myocarde chez un enfant de dix ans. L'observation d'Alibert (obs. XXV) rapporte un cas curieux d'hydatide ouverte dans cette séreuse,

La symptomatologie propre de cette affection n'existe pas : elle est purement et simplement celle de l'épanchement péricardique.

De même que l'incision de la plèvre est indiquée lorsqu'un épanchement s'y produit, de même la paracentèse du péricarde s'impose dans certaines circonstances, la croissance de l'épanchement amenant des signes de parésie du cœur, telle que le malade est menacé de périr en asystolie aiguë si le liquide n'est pas évacué.

Desault la tenta le premier en 1798, et Trousseau fut un de ses vulgarisateurs les plus zélés. Le manuel opératoire est simple, on opérera par aspiration à l'aide d'un des appareils Potain, Dieulafoy, Debove ; la ponction sera faite avec toutes les précautions antiseptiques requises dans le cinquième espace intercostal gauche, à 6 centimètres environ du bord gauche du sternum, tels sont les préceptes formulés par Dieulafoy.

III. — MÉNINGES

Les méninges obéissent dans leurs réactions morbides aux lois générales de la pathologie des séreuses, de même que dans le péricarde ou la plèvre, l'échinocoque y est exceptionnel. Gintrac en a publié 15 observations que Davaine a repris, depuis quelques cas nouveaux ont parus, nous en citons plus loin.

Le kyste a pour siège la pie-mère, dans la grande majorité des cas. Il peut se trouver aussi dans la cavité de l'arachnoïde, libre d'adhérences, mais le plus souvent il

contracte des adhérences avec les parties profondes, ou la dure-mère ou les os, il peut même lentement perforer la substance osseuse, c'est le seul cas de guérison spontanée observé par Clémenceau en 1848.

Les troubles qu'il détermine ne procèdent que de ses rapports avec la substance cérébrale et l'observation enseigne que ces troubles ne diffèrent nullement de ceux que déterminent ces mêmes produits logés dans la substance cérébrale. Le siège de la lésion a une grande influence sur l'expression symptomatique, suivant qu'elle est en rapport avec la convexité, la base, le mésocéphale, telle ou telle grosse origine nerveuse, ou même un petit filet déterminé. A cette influence mécanique se joint un travail d'irritation, une variété de méningo-encéphalite. Le kyste, enfin, s'accompagne, ou a souvent pour conséquence une véritable hydrocéphalie. Nous n'insisterons pas plus longtemps sur les symptômes qu'il détermine, ce serait tomber dans des redites.

La mort, telle est la fin presque inévitable du kyste hydatique des méninges. Sa fréquence varie avec la facilité avec laquelle le kyste communique avec la cavité du ventricule latéral (30 p. 100 des cas), ou n'en est séparé que par une mince lamelle (10 p. 100 des cas), dont la rupture secondaire paraît inévitable.

Un opéré de Mudd a guéri ; une ponction faite par Moulinié (obs. XXVII) a été couronnée de succès, mais ce sont là des cas épars dans la science. Doit-on tenter la trépanation suivie de la ponction? Les progrès de la chirurgie cérébrale semblent autoriser ces essais.

IV. — PÉRITOINE

Le péritoine est une vaste membrane séreuse, la plus importante du corps humain ; tandis que les autres séreuses, arachnoïde, plèvre, péricarde, n'enveloppent qu'un seul organe, la séreuse péritonéale est en rapport avec une foule de viscères, qu'elle enveloppe de ses replis : les uns rattachent le colon à l'abdomen : ce sont les *mésocolons ;* le *mésentère* fixe l'intestin grêle tout entier moins le duodénum à la colonne lombaire, les *ligaments larges* ne sont autre chose que deux replis péritonéaux : les *épiploons* constituent un quatrième ordre de replis qui vont d'un viscère à un autre.

Nous passerons rapidement en revue les caractères des kystes hydatiques de chacun d'eux.

A. — PÉRITOINE PROPREMENT DIT

Les tumeurs du péritoine sont rares ; le kyste hydatique y a cependant été observé soit comme localisation primitive soit, ce qui est le plus fréquent, comme localisation secondaire à la période de généralisation.

Leurs symptômes au début passent inaperçus et ne sont jamais que des phénomènes de compression causés par le développement des kystes : c'est par de la gêne qu'ils débutent toujours ; quelquefois un peu d'ictère. Le malade raconte presque chaque fois qu'il y a longtemps qu'il a

le ventre gros, mais que sa santé ne s'étant pas altérée, il ne s'en est pas inquiété davantage. Si on l'examine alors, on trouve dans l'abdomen des tumeurs multiples, mobiles, régulières, élastiques, d'une forme globuleuse. Matité absolue ; pas de fluctuation. Quelquefois frémissement hydatique. Quelquefois aussi ces kystes se sont développés sur un pédicule qui les réunit les uns aux autres, on a alors au palper la sensation d'un chapelet dont les grains sont de différents volumes.

Leur évolution n'a aucune règle précise ; ils peuvent rester ainsi latents pendant bien longtemps et ne se réveiller qu'à l'occasion d'un traumatisme par exemple, pour s'enflammer, se rompre avec des symptômes de péritonite qui emportent le malade ou s'éliminer au dehors par les intestins, ou, après ulcération de l'abdomen, par la peau. Ou bien guérir si le diagnostic bientôt porté a permis une intervention sûre.

On évitera de le confondre avec l'ascite ; le liquide sera dans ce cas très mobile. Le cœur, les reins ou le foie devront être soigneusement examinés. Dans le kyste de l'ovaire la tumeur, née dans le petit bassin, ne remontera que plus tard dans la cavité abdominale. Il y aura eu des troubles de la menstruation, l'utérus est déplacé. La péritonite enkystée présente des vomissements, du ballonnement du ventre, des douleurs sourdes et continues.

Le traitement médical est inutile : le chlorure de sodium a été en vain essayé par Laënnec, l'iodure de potassium, le calomel par les Anglais.

Autrefois on donnait la préférence à l'ouverture des kystes par la méthode de Récamier : on a essayé les ponctions avec injections consécutives de substances

médicamenteuses. Tout cela a été supplanté à juste titre par la laparotomie et les résultats opératoires font voir qu'elle est la méthode par excellence du traitement des kystes hydatiques du péritoine.

B. — MÉSENTÈRE

Avec Péan, nous définissons les kystes du mésentère, toute tumeur hydatique située entre les deux feuillets séreux : l'œuf du tænia echinocoque germe dans cette séreuse par l'intermédiaire des veines de l'intestin qui la traversent avant d'aller former les origines de la veine porte. Ils ne sont pas aussi rares que l'a prétendu Hahn (*Berlin. Klin. Woch.* 1887). Il prétendit qu'il n'en existait que deux cas. Il suffit pour se convaincre de l'erreur que renferme cette assertion de lire chaque jour les journaux médicaux, les comptes rendus des sociétés savantes, les thèses inspirées par ce sujet. A. Freutzel en 1892 en cite deux nouveaux cas ; la thèse de Marqueray en 1895 en renferme 20 exemples, et Aretkyon avant lui (1891) avait pu en réunir 23 observations.

Leur volume est très variable ; petits ils demeurent inclus dans le mésentère; plus volumineux, ils contractent des adhérences avec les parties voisines et peuvent amener des symptômes de compression divers. Leur forme est sphéroïdale ou allongée ; ils siègent presque toujours le long des vaisseaux près du bord intestinal. Ils sont rarement primitifs (obs. XXXIII), presque toujours secondaires à des tumeurs de même nature situées dans les organes voisins.

La douleur, une constipation souvent opiniâtre, sont les signes fonctionnels qui le révèlent ; pas toujours car il peut avoir une évolution lente et insidieuse. A côté de cette évolution en sourdine, à côté de la marche lente et progressive, se trouve un troisième mode de début : c'est le début brusque par une douleur dans la région ombilicale, surprenant le malade au milieu de ses occupations. Si la tumeur augmente rapidement un amaigrissement progressif, la cachexie peuvent survenir par compression des vaisseaux chylifères et de tout le canal intestinal dont elle empêche le fonctionnement.

La tumeur occupe la zone ombilicale de l'abdomen ; elle est au début régulièrement médiane et ce n'est qu'en progressant qu'elle s'étend plus ou moins d'un côté ou de l'autre de la ligne blanche. Les doigts, la percussion permettent de bien isoler le kyste par en haut, en le séparant du foie ; une bande de sonorité s'interpose entre son bord inférieur et la symphyse pubienne. Il est extrêmement mobile ; il se porte facilement à droite, à gauche, en haut, en bas ; et cette mobilité toute particulière est un des meilleurs caractères des tumeurs mésentériques. Cette tumeur n'est pas complètement mate, elle peut présenter entre elle et la paroi abdominale une zone de sonorité ; en règle générale le kyste du mésentère est une tumeur fluctuante, occupant, du moins au début, la zone ombilicale, d'une mobilité extrême, d'un développement irrégulier qui se fait par saccades et s'accompagne de crises douloureuses.

Des adhérences peuvent restreindre cette mobilité, la tumeur peut plonger dans l'excavation pelvienne; toutes ces anomalies expliquent les erreurs de diagnostic, très

fréquentes ; les kystes rétro-péritonéaux, certains kystes du foie, le rein flottant, l'hydronéphrose, les autres tumeurs mésentériques peuvent offrir d'étroites analogies avec les kystes hydatiques du mésentère.

Pour éclairer le diagnostic la ponction exploratrice n'est nullement justifiée. C'est à la laparotomie indicatrice puis curative que l'on devra toujours recourir. En aucun cas il ne faut faire l'arrachement de la paroi kystique; car il faut éviter de faire une large plaie au mésentère, de sectionner les grosses branches vasculaires de l'intestin, car le sphacèle intestinal en serait la conséquence inévitable.

C. — MÉSOCOLONS

Les kystes hydatiques du mésocolon sont exceptionnels, écrivait en 1895 Lucien Masqueray dans les conclusions de sa thèse, et Le Damavy en mai 1895, dans une présentation à la Société anatomique, conclut dans le même sens (obs. XXXIV).

Le mode de début est le même que pour les kystes mésentériques, la tumeur se développera seulement ou sur la ligne médiane dans la région sus-ombilicale, ou sur les côtés. Les caractères sont identiques à ceux du mésentère.

Le seul traitement adopté à cette heure est la laparotomie.

D. — ÉPIPLOONS

La première observation de kystes hydatiques de l'épiploon remonte à 1812. Elle est due à Lesauvage, médecin

à Caen ; depuis les travaux se sont multipliés avec les exemples. Nous ne citerons que Charcot, Budd, Murchison, Wunderlich, Gérard, Masseron, et la thèse plus récente de Monéger. A ces observations nous joindrons volontiers l'observation inédite suivante :

OBSERVATION INÉDITE IV

Kystes hydatiques de l'épiploon, du mésocolon transverse et du foie. (*Recueillie à la clinique obstétricale de M. le professeur Queirel, par M. le Dr Engelhardt, interne de la clinique, et M. le Dr Lop, chef de clinique. — Due à l'obligeance et à l'amitié de M. le Dr Lop.*)

Louise C..., domestique, trente-quatre ans, primipare, accouche à la clinique obstétricale le 2 février 1894 d'un enfant en état de mort apparente et qu'aucun soin ne peut ramener à la vie. La mère meurt le 17 février de pneumonie. Comme antécédent on a relevé chez elle du paludisme et à dix-huit ans une hydropisie dans le ventre (?). Un beau jour cet épanchement abdominal se serait vidé par le vagin ; le liquide qui s'est écoulé était comme de l'eau (détail important pour l'étiologie des tumeurs actuelles).

Autopsie. — 1° Cavité thoracique : Poumons, droit, pleuro-neumonie; gauche, foyer de ramollissement au sommet. Cœur : volumineux, liquide abondant dans le péricarde.

2° Cavité cranienne : Cerveau, poids 1,220. Rien d'anormal. Méninges, rien à noter.

3° Cavité abdominale : un litre de pus dans le péritoine ; fausses membranes nombreuses.

En examinant les viscères en place, nous remarquons sur les franges du grand épiploon une série de tumeurs de toutes dimensions : une grosse comme une tête de fœtus simulant une gourde de pélerin ; une autre de la grosseur d'une orange; trois comme des œufs de poule ; une série du volume d'une

bille. Elles sont toutes contenues dans le tissu cellulaire séparant les deux feuillets du grand épiploon. Ces tumeurs offrent une enveloppe d'un blanc opalin, une résistance assez forte ; elles contiennent un liquide transparent comme de l'eau de roche, tenant en suspension une superbe grappe de vésicules transparentes. Le foie est hypertrophié ; il adhère à la paroi par son bord postérieur, au diaphragme par sa face supérieure ; sa face convexe est bosselée et offre une série de petites tumeurs kystiques.

Trois tumeurs disposées en forme de trèfle sont trouvées dans le mésocolon transverse.

Du côté droit de l'abdomen, nous apercevons une tumeur volumineuse offrant l'aspect caractéristique des kystes hydatiques. Elle a une forme ovoïde à grosse extrémité dirigée en dehors ; son grand axe est oblique de haut en bas et de dehors en dedans. En suivant avec l'œil et le doigt sa surfaee, on est conduit vers l'angle postérieur droit de l'utérus d'où la tumeur semble partir. Sur la face antérieure de cette tumeur nous remarquons une sorte de bandelette coupant obliquement cette face ; née de l'utérus, elle va se terminer sur la tumeur sous forme de végétations rouges ressemblant beaucoup aux franges du pavillon d'une trompe saine. Nous avons donc affaire à la trompe qui s'est étalée sur la tumeur, dont on peut facilement la détacher. Nous recherchons en vain l'ovaire ; la tumeur a aussi envahi le ligament large. Cette tumeur est un volumineux kyste hydatique.

Les kystes hydatiques peuvent exister seulement dans l'épiploon, mais il n'est pas rare d'en rencontrer à la fois dans ce repli du péritoine et dans les autres organes abdominaux. Ils forment un paquet de petites tumeurs arrondies, très inégales, qui peuvent être étroitement réunies ou disséminées çà et là. Jamais on ne les trouve libres dans la cavité péritonéale ; leur nombre est fort

variable, 50, 100, 200, 300; d'autant plus petites qu'elles sont plus nombreuses.

En comprimant les organes pelviens ils peuvent être la source de complications variées (occlusion, rétention d'urine, compression du sciatique, déviation utérine). Ils peuvent chercher issue de tous côtés, sortir par le grand trou ischiatique, le trou ovale, l'arcade fémorale (obs. XXXV), à la région périnéale, sur les côtés de l'anus. Ils prennent toujours naissance dans le tissu cellulaire situé entre les deux lames des feuillets épiploïques. Qu'un grand nombre de kystes se forment, l'épiploon devient un gâteau polykystique où l'union des kystes est intense.

Comment expliquer le développement de ces kystes dans l'épiploon? L'embryon y a-t-il été amené porté par le torrent circulatoire? S'est-il trouvé dans le feuillet péritonéal après la rupture d'un kyste voisin (opinion défendue par Volkmann, Gratia, Charcot, Rendu, Potain)? Cette hypothèse se confirme lorsque d'autres hydatides se trouvent dans les organes voisins, mais s'infirme d'elle-même dans les cas de kystes primitifs de l'épiploon. On le voit, *adhuc sub judice lis est.*

Leur début est toujours insidieux : l'augmentation du volume du ventre se fait sans douleur; à peine un peu de pesanteur à l'hypogastre, une légère gêne, avec état général excellent; on a noté souvent de véritables crises douloureuses que les Anglais ont appelé spasmes. Emprisonnés entre les feuillets péritonéaux, les kystes donnent à la palpation la sensation d'une tumeur bosselée, placée immédiatement en arrière de la paroi abdominale, mate, de consistance élastique plutôt que fluctuante, mobile

dans tous les sens ; les mouvements de haut en bas plus limités que ceux de bas en haut. Quant au frémissement hydatique, sa constatation est fort rare. La théorie semble rendre le diagnostic des plus faciles ; mais en clinique les kystes ne se présentent jamais avec des symptômes aussi nets ; entraînés par leur propre poids ils viennent se loger dans le bassin ; alors, comme le dit M. le professeur Poncet, « il n'est plus possible de reconnaître ce qui appartient à l'épiploon et aux parois des kystes qui paraissent en quelque sorte situés dans le tissu cellulaire sous péritonéal ».

Dans la moitié des cas au moins, le diagnostic ne peut être porté. La confusion s'est faite tour à tour avec une tumeur de la couche sous-péritonéale de la paroi abdominale, avec des kystes de l'ovaire, des fibromes utérins, avec des tumeurs du foie, de la rate ; la liste en est bien longue. Un mot seulement sur le diagnostic différentiel.

Le seul signe différentiel avec les tumeurs de la paroi abdominale, écrit Tillaux, est tiré de la mobilité de la tumeur : « Si cette dernière éprouve des mouvements de locomotion en rapport avec l'acte respiratoire, si on la déplace facilement avec la main en la portant de divers côtés, il est certain qu'elle est cavitaire. »

Kystes de l'ovaire et fibromes utérins s'accompagnent de troubles menstruels, puis on sent au palper une ligne de démarcation entre la tumeur et l'excavation pelvienne. La matité de la tumeur se continuera avec celle de la glande hépatique si la tumeur siège dans cet organe ; elle en sera séparée par une ligne sonore si elle a son siège dans l'épiploon. Même symptôme pour une tumeur splénique.

L'évolution des tumeurs malignes de la cavité péritonéale est beaucoup plus rapide et conduit bien plus vite à un état cachectique.

Comment évolue le kyste? Après une période latente peuvent survenir ces crises douloureuses dont nous avons parlé ; des troubles digestifs, des poussées de péritonite, de l'urticaire, des accidents dyspnéiques, des syncopes s'y joindront peu à peu. La suppuration n'est point rare, la rupture fréquente. Des phénomènes de compression se montrent ; et si le malade échappe à l'intoxication, à l'infection, aux accidents de rupture, de compression, la cahexie s'en empare et le mène aussi fatalement au tombeau.

Il faut donc intervenir et intervenir de bonne heure. Même si le diagnostic est hésitant, la laparotomie s'impose: d'exploratrice elle deviendra curative. Mais faut-il procéder à l'ablation complète de toutes les hydatides ? Ce serait l'opération idéale, impossible à réaliser ; les difficultés d'ablation peuvent être très grandes car dans la plupart des cas les hydatides ne se limitent pas à l'épiploon. Lorsque cette séreuse est seule envahie, on peut alors extirper les kystes, réséquer au besoin l'épiploon ; lorsqu'on tombe sur des cas complexes, sur des hydatides éparses, le mieux, ainsi que le veut M. le professeur Poncet, est de n'enlever que les masses parfaitement énucléables, d'abandonner celles dont l'ablation constitue un danger. On drainera dans ce cas par la voie vaginale ou on recourra au tamponnement antiseptique de Mikulicz.

E. — LIGAMENTS LARGES

Les ligaments larges sont deux replis du péritoine, destinés à soutenir l'utérus, qui contiennent dans leur épaisseur une quantité considérable de tissu conjonctif, de vaisseaux et de nerfs. Freund, Charcot, Villard ont consacré d'importants mémoires à l'étude des symptômes qu'occasionne la présence des kystes hydatiques entre ces deux feuillets. Résumons-les.

Comme presque dans tous les cas de kystes à échinocoques, peu de symptômes généraux, sauf à la période terminale où ils reconnaissent pour cause la compression. Par le palper, joint au toucher, on sent des tumeurs arrondies, élastiques, siégeant de préférence dans le voisinage du rectum. Elles sont peu mobiles ; le plus souvent elles sont indolores ; elles sont indépendantes de l'utérus et des ovaires.

Le pronostic n'est point sombre : les cas de guérison sont fréquents (obs. XXXVII).

Le seul traitement est la laparotomie si la tumeur est considérable et fait saillie dans l'abdomen ; l'incision du cul-de-sac postérieur devra lui être préférée si la tumeur est plus petite et se sent bien par le toucher vaginal ou rectal.

F. — CULS-DE-SAC VÉSICO-RECTAL ET RECTO-UTÉRIN

Arrivé à la partie postérieure de la vessie le péritoine se jette chez l'homme sur le rectum en formant le cul-de-sac vésico-rectal ; chez la femme, il se réfléchit sur l'utérus en formant le cul-de-sac vésico-utérin.

Dans ces deux infundibula il arrive que l'on trouve logées des hydatides. Leur symptomatologie et leur traitement varient dans les deux cas.

1° *Chez l'homme.* — Le tissu cellulaire situé entre la vessie et le rectum chez l'homme est un excellent milieu pour les kystes hydatiques, l'embryon y arrive soit en traversant les tissus et le péritoine, soit en traversant seulement l'S iliaque, soit encore par voie circulatoire.

Leur début est insidieux, souvent même on ne les découvre qu'à l'autopsie ; d'autres fois c'est par le plus grand des hasards que le médecin s'en aperçoit en palpant le malade. En général cependant l'homme se plaint d'une pesanteur dans le bas-ventre, de douleurs dans le membre inférieur par compression du sciatique ; les envies d'uriner sont fréquentes, la miction lente, difficile, il peut y avoir rétention complète. Malgré ces troubles vésicaux les urines ne présentent aucune altération. Du côté du rectum, constipation progressive, selles rubanées, douleurs plus ou moins vives dans la région sacrée, tout cela simule un rétrécissement de l'urèthre ou du rectum, à marche lente.

La tumeur se développe par en haut, et vient faire saillie dans la région hypogastrique, elle rappelle à s'y méprendre une vessie distendue. Elle est arrondie, dure, mate et fixe. Le toucher rectal permet de sentir au-dessus de la prostate une saillie lisse, ronde, dure, indépendante de la paroi du rectum qui glisse à son niveau. Le palper abdominal confirmera ces sensations. Par le cathétérisme de l'urèthre on reconnaîtra les rapports de la vessie et de la tumeur.

Primitifs ils sont rares, et ils s'accompagnent le plus souvent de kystes analogues développés dans d'autres organes de l'abdomen.

Leur évolution est très lente. Soumis à cette loi générale qui est l'élimination des hydatides, ils peuvent être expulsés par l'urine, par les matières fécales ; ils peuvent faire irruption dans le péritoine, déterminer une intoxication hydatique ou une péritonite par infection, des phénomènes urémiques ou d'occlusion intestinale. Enfin la cachexie peut s'emparer lentement du patient et la mort survenir au milieu des symptômes bien connus.

Si d'autres hydatides organiques accompagnent celles de l'espace recto-vésical, le diagnostic sera relativement aisé. Il sera très incertain si elles existent seules. Le toucher rectal, la palpation, le cathétérisme aideront au diagnostic. On ne s'égarera pas sur un rétrécissement de l'urèthre, un rétrécissement du rectum, sur certains chondromes à forme kystique, ces derniers sont mamelonnés, durs, élastiques. Un abcès froid a souvent été diagnostiqué, la ponction seule peut donner le diagnostic.

Par les complications qu'ils entraînent ils mettent la vie en danger, aussi faut-il intervenir. A la ponction, à l'injection de liquides antiseptiques, nous préférons l'incision si le kyste vient faire saillie dans le rectum (obs. XXXVIII), la laparotomie dans les autres cas (obs. XXXIX et XL), il ne faut pas songer à extirper la poche à cause des adhérences nombreuses et résistantes qu'elle forme avec les organes voisins, il faut la marsupialiser.

2° *Chez la femme.* — Dans le cul-de-sac vésico-utérin,

les kystes hydatiques constituent une affection peu rare. Charcot l'a affirmé dès 1852, ils viennent comme fréquence après ceux du foie, du poumon, du cerveau, et Davaine, Meiner, Lavigne, Sainte-Suzanne, Dermigny sont venus confirmer, par de nombreux faits, cette assertion.

Ils sont primitifs ou secondaires comme pour l'homme. Dans ce dernier cas ils peuvent parvenir dans le Douglas par la voie circulatoire, en traversant les parois du rectum, résulter de la chute d'une vésicule, ou bien ne constituer qu'un diverticule d'une tumeur abdomino-pelvienne.

Leur symptomatologie est des plus vagues, aucun crractère ne paraît différencier les kystes hydatiques des tumeurs qui occupent le cul-de-sac de Douglas. Début lent et insidieux, amenant peu à peu la compression du rectum principalement; début brusque rappelant celui de l'hématocèle; début absolument masqué, tels sont les trois formes sous lesquelles commence cette affection. Le plus souvent cependant on constate de la douleur accompagnée d'une constipation de plus en plus opiniâtre, avec garde-robes très douloureuses; des troubles vésicaux, des troubles menstruels se montrent, ischurie, dysurie, rétention, dysménorrhée, aménorrhée dans certains cas.

Par le toucher vaginal on sentira le col utérin élevé (obs. XL) et refoulé vers la symphyse pubienne, le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur lisse et uniforme, peu douloureuse, le toucher rectal donne très nettement la sensation de la tumeur qui bombe dans le rectum. Elle est tendue, élastique, quelquefois manifestement fluctuante. Par le palper abdominal on reconnaîtra de nouveau les caractères et surtout le siège de la tumeur.

Ils évoluent absolument comme chez l'homme, leur évolution pourra aider au diagnostic, toujours très difficile ; en effet, le clinicien devra compter non seulement avec les tumeurs liquides qui évoluent et s'accroissent lentement dans l'excavation recto-utérine, mais aussi avec les épanchements sanguins, avec les phlegmasies franches qui révèlent brutalement leur présence dans cette région.

On doit traiter les kystes de bonne heure. Si le kyste est petit on pourra tenter la ponction évacuatrice, ou mieux encore l'incision avec drainage. Si la tumeur est plus considérable, c'est à la laparotomie qu'il faudra recourir (obs. XLI).

SYSTÈME NERVEUX

I. — CERVEAU

Si les hydatides du foie ou du poumon ont été connues d'Hippocrate, d'Arétée de Cappadoce, de Galien, les anciens n'ont eu aucune notion des kystes parasitaires du cerveau ni même des collections aqueuses qui peuvent siéger dans cet organe. Il faut arriver à Weppfer, c'est-à-dire vers la fin du XVIIe siècle, pour voir mentionner l'existence de celles-ci, son fameux traité *de apoplexia* en rapporte en effet un cas. En 1808 Laënnec leur consacre un important mémoire et depuis le commencement de ce siècle nombreux sont les travaux et les publications parus sur ce sujet.

L'encéphale est un milieu assez favorable au développement des échinocoques. Malgré cela les cas n'abondent pas, Kuchenmeister en a rassemblé 88 cas. Clémenceau en signale 56 dans sa thèse. Davaine sur 363 cas en rencontre 20 dans le cerveau. Cobbold sur 136 cas en rencontre 16. Morgan en réunit 40 observations, dont 10 dans les lobes cérébraux; 8 dans le cervelet; 4 dans les

ventricules ; 2 dans les corps calleux ; 1 dans la protubérance.

M. le professeur agrégé Boinet à bien voulu nous communiquer une observation inédite du troisième ventricule. Cette localisation est une des plus rares de l'hydatide, la littérature médicale n'en renferme que quatre cas.

OBSERVATION INÉDITE V

Vésicule hydatique volumineuse dans la cavité du troisième ventricule du cerveau.

(Communiquée par M. le professeur agrégé Boinet)

Infirmier de quarante ans, employé à ce service depuis six ans, présentait depuis quelque temps à des intervalles éloignés variant de deux à cinq mois une crise épileptiforme de courte durée nécessitant un jour de repos à peine.

Rien à noter dans son passé pathologique, ni alcoolisme ni syphilis.

Un matin il se réveille la tête lourde, en proie à une céphalalgie intense, à des vertiges répétés ; quelques vomissements se montrent ; une mydriase intense se produit, malgré cela il peut continuer son service et se refuse à tout repos.

Cet état persiste quelques jours lorsque brusquement il tombe en montant les escaliers ; il présentait, d'après le dire de ses camarades, des mouvements convulsifs généralisés avec perte de connaissance complète. Un coma absolu avec respiration stertoreuse survint rapidement et il mourut en quelques minutes.

L'autopsie faite avec soin ne révéla aucune lésion d'organes suffisante pour expliquer la mort ; les centres nerveux n'offraient pas d'altération appréciable, seul le troisième ventricule contenait une petite quantité de liquide d'aspect séreux et une seule vésicule hydatique très volumineuse, plus grosse qu'une noisette.

Comme on le verra par les quelques observations rapportées plus loin, les hydatides se rencontrent, dans le cerveau, beaucoup plus souvent à la surface que dans l'intérieur. Les hydatides des ventricules sont une véritable exception.

Leur symptomatologie est fort vague, elle est celle de toutes les tumeurs cérébrales, nous pourrons la ranger sous les six chefs suivants :

I. — *Troubles de la motilité :* souvent monoplégies ou hémiplégies. D'abord flasques, puis avec contracture; paralysies faciales, paralysies des nerfs oculo-moteurs; très fréquemment convulsions épileptiformes, rarement hémichorée, athétose (obs. XLVII).

II. — *Troubles de la sensibilité :* céphalée généralisée, plus souvent localisée; névralgies ou anesthésies dans le domaine du trijumeau, rarement hémianesthésie.

III. — *Troubles sensoriels,* parmi lesquels ceux de la vue ont une importance prépondérante ; ceux de l'ouïe sont plus rares et plus encore ceux de l'odorat et du goût.

IV. — *Troubles intellectuels,* au nombre desquels, outre l'affaiblissement des facultés, on range les vertiges, les attaques apoplectiques, l'aphasie.

V. — *Troubles viscéraux* dépendant de l'appareil digestif, tels que vomissements et constipation ; troubles du côté de l'appareil respiratoire, circulatoire et urinaire.

VI. — *Symptômes locaux :* troubles de la circulation

du côté de la face et du crâne; œdème des paupières, apparition de la tumeur au dehors à travers une perforation du crâne, battement du cerveau perceptible au dehors. Rabot (1) indique un signe qui n'a été observé que par lui : en appliquant la main sur la tête de son petit malade pendant qu'il parlait, les vibrations céphaliques étaient perçues très augmentées. Il regrette même de ne pas les avoir auscultées, se demandant si l'oreille appliquée sur le crâne pendant qu'on aurait imprimé des mouvements à la tête n'aurait pas perçu une sensation analogue au frémissement hydatique (obs. XLII).

Davaine, à son tour, veut quelquefois que l'hémiplégie causée par une hydatide soit directe; plusieurs observations ont été publiées dans ce sens par Yatres, Barthe, Charcot. L'observation de Rabot nous montre les crises épileptiformes et l'hémiplégie à droite; la tumeur à l'autopsie ayant été trouvée dans l'hémisphère droit (obs. de Rabat, n° XLII).

Tous les observateurs ont été frappés de ce fait que les tumeurs hydatiques, qui sont des lésions à développement continu ou tout au moins progressif, donnent lieu à des accidents dont le début est souvent subit, dont plusieurs sont essentiellement intermittents et qui sont souvent sujets à des rémissions simulant presque une guérison. On a fait une loi de la réponse intermittente du système nerveux à des irritations continues; on a admis l'existence de périodes lentes de charge, suivies d'une décharge brusque; cela est vraisemblable pour les accidents convulsifs; mais il faut en outre attribuer un rôle important

(1) *Lyon médical*, 1890.

aux troubles de la circulation artérielle et veineuse, que déterminent les tumeurs ; troubles qui expliquent la brusquerie des accidents apoplectiques, le développement subit des paralysies qui s'atténuent et se limitent ensuite (1).

Les cas où les lésions cérébrales demeurent absolument latentes sont rares ; la plupart du temps les kystes s'accusent par des symptômes très vagues communs à toutes les tumeurs cérébrales et leur diagnotic est des plus difficiles pour ne pas dire impossible. C'est surtout en se basant sur les antécédents héréditaires et personnels du malade, sur son état général ou encore sur la constatation de tumeurs hydatiques dans les autres parties du corps, qu'on arrivera à présumer la nature de la tumeur.

On supposera l'existence d'une tumeur tuberculeuse lorsque le sujet présentera dans ses antécédents héréditaires des manifestations tuberculeuses, osseuses, ganglionnaires, pleuro-pulmonaires, etc. On se rappellera aussi la fréquence plus grande des tubercules chez les enfants et les jeunes gens.

Chez l'adulte lorsque rien ne permettra de supposer l'existence d'une tumeur tuberculeuse, il faudra songer à la syphilis et interroger le malade à ce point de vue. On recherchera dans ses antécédents l'existence du chancre primitif, des plaques muqueuses, d'éruptions diverses, d'alopécie temporaire, de céphalées nocturnes. On constatera l'existence d'exostoses et parfois on rencontrera l'existence d'autres gommes qui mettront sur la voie du diagnostic.

(1) Auvray. —Thèse, Paris, 1896.

Il y aura lieu de supposer l'existence d'un carcinome secondaire lorsque le malade présentera les manifestations d'un cancer situé dans un autre organe, le facies terreux, l'amaigrissement rapide du sujet joints aux troubles locaux déterminés par la présence du néoplasme primitif ne laisseront guère de doute sur la nature de la lésion.

Les hématomes seront d'un diagnostic facile car les symptômes de compression générale ou locale auxquels ils donneront lieu succéderont à un traumatisme crânien.

Les tumeurs anévrysmales se trouvent chez les adultes ou les vieillards atteints en parfaite santé, mais présentant généralement les manifestations de l'athérome ; la maladie marche par poussées correspondant aux périodes d'accroissement de l'anévrysme ; chacune des poussées est marquée par une attaque apoplectiforme suivie d'une période de rémission. Les paralysies des nerfs craniens sont précoces et siègent du côté de la tumeur; parfois la tumeur est le siège d'un bruit de souffle qui rend le diagnostic plus facile.

Le diagnostic des autres néoplasies (gliomes, sarcomes) des autres tumeurs (névromes, ostéomes, myxomes, papillomes, fibromes, cholestéatomes) est très difficile. On ne peut guère le faire que par élimination.

L'existence de l'hydadite peut être supposée lorsque les symptômes cérébraux apparaissent chez des individus porteurs de quelque tumeur hydatique, il sera bon d'interroger les sujets sur leur genre de vie, sur le pays où ils ont vécu ; car on se rappellera que, rare dans nos contrées, l'hydatide est au contraire très fréquente en Australie, en Islande.

Il faut se rappeler que ces tumeurs se développent très

lentement et ne produisent que rarement des symptômes localisés ; il ne faut donc pas oublier cette hypothèse de kyste hydatique dans un cas de tumeur cérébrale où il n'y a que des symptômes généralisés.

La mort est la terminaison presque fatale de ces tumeurs parasitaires ; Clémenceau en rapporte 36 cas sur 56 mentionnés dans sa thèse ; ce même auteur cite un cas unique de guérison spontanée par l'ouverture du kyste en dehors à travers les parois du crâne. Mais si les chirurgiens d'autrefois condamnaient fatalement tout porteur d'hydatides cérébrales, ou laissaient au hasard seul le soin de le guérir, dans l'état actuel de la science, étant donnés les progrès de la chirurgie et les résultats obtenus dans la connaissance des localisations cérébrales, les faits publiés pendant ces dix dernières années, non seulement le chirurgien a le droit d'intervenir mais même le devoir.

Les statistiques publiées jusqu'à ce jour ne mentionnent pas il est vrai un bien grand nombre de guérisons, quoique Maurice Auvray dans une thèse récente ait eu sur un total de 17 interventions recueillies, 8 opérations suivis de 4 guérisons et de 4 améliorations très marquées; nous traversons encore, au point de vue chirurgie cérébrale, une période d'essai, de tâtonnements ; mais les notions cliniques devenant de jour en jour plus précises, la technique opératoire se modifiant sans cesse, nous sommes convaincus avec Maurice Auvray que les guérisons se multiplieront : nous écrirons donc avec Bruns *(Neuro Centralblatt 1893)* : « On est autorisé à opérer, car dans une affection pénible qui tue certainement ne devrait-on obtenir qu'un résultat parfait sur cent malades ce serait encore un grand succès. » Brissaud reprend : « Lors-

que l'existence d'une tumeur est incontestable, et si l'on suppose même approximativement que celle-ci soit accessible, il n'y a pas à hésiter. » De son côté, M. Darier déclare que si autrefois « les kystes hydatiques comme toutes les tumeurs cérébrales étaient considérés comme incurables, les hardiesses de la chirurgie ont sensiblement atténué ce pronostic pour celles dont le siège précis peut être reconnu » ; de plus, le nombre des patients qui ont été soulagés par l'opération de leurs douleurs, de leurs crampes ou convulsions est vraiment encourageant.

Il faut donc intervenir. Mais ici se pose une question très délicate : le diagnostic de tumeur cérébrale hydatique étant des plus difficiles, doit-on toujours intervenir chirurgicalement avant même la confirmation du diagnostic ?

On devra par élimination tenter de se faire l'opinion la plus nette possible, faire d'abord l'essai du traitement médical, car on sait que les gommes, les gliomes, les tubercules ont été améliorés grandement par l'iodure de potassium. Il faut donc essayer du traitement médical ; mais il faut en user et non en abuser. Horsley (1) estime qu'il ne doit pas être suivi plus de six semaines, à moins d'améliorations notables. Trois mois paraissent nécessaires à Starr avant de pouvoir dire si le traitement n'aura pas de résultat. Terrier partage l'opinion d'Horsley.

Le diagnostic étant affermi autant que faire se peut, le devoir du chirurgien qui pense à une tumeur parasitaire est d'opérer et d'opérer le plus tôt possible. Le malade endormi, les points de repère (sillon de Rolando, de

(1) Horsley. — *Traitement des tumeurs cérébrales*, 1893.

Sylvius, scissure perpendiculaire externe) bien déterminés, les positions des principaux vaisseaux intra-craniens (artère méningée moyenne et sinus) bien délimitées, on pratique l'incision des téguments en préférant à tous les lambeaux le lambeau en ∪ qui bien nourri par son pédicule placé du côté de la base du crâne se rabattra facilement pendant l'opération laissant largement à jour le champ opératoire.

Voici maintenant la partie la plus délicate de l'opération : l'ouverture de la boîte cranienne. Il est de toute nécessité de pratiquer une large ouverture ; c'est l'avis de Lucas, de Championnière, d'Horsley, de Kien, de Terrier. A la condition d'observer une antisepsie rigoureuse on ne fait pas courir de plus grands dangers au patient par une ouverture large des méninges que par une ouverture étroite; de plus bien souvent une ouverture cranienne trop petite n'a pas permis de découvrir une tumeur située dans un point quelquefois très voisin de celui où on avait trépané. Nous proposons, disait Doyen (Congrès de chirurgie 1895), d'ouvrir le crâne comme on ouvre l'abdomen, de mettre à découvert et d'explorer en cas de diagnostic incertain tout un hémisphère cérébral du front à l'occiput.

Jusqu'à ces dernières années le trépan seul fut employé pour perforer le crâne ; c'est le trépan à couronne et point d'appui central, modèle Bichat-Charrière, qui est le plus employé. Mais son usage est difficile et lent ; on s'expose à des échappées dans le cerveau à travers la dure-mère, la section de la rondelle osseuse ne progressant pas toujours d'une manière uniforme. On n'obtient qu'une ouverture de petite dimension qu'il faut ensuite agrandir

soit en créant à côté une autre ouverture et en faisant sauter le point intermédiaire, soit par la pince emporte-pièce, avec les scies, etc.

Tous ces procédés sont lents, le maniement des instruments difficile, aussi a-t-on construit en Amérique, en Angleterre, de petites scies mues par l'électricité ou par des machines à pédales; procédés imparfaits et allongeant l'opération.

C'est pourquoi Horsley en 1895 leur a substitué un procédé nouveau, dont les résultats sont, paraît-il, excellents. Horsley se sert actuellement pour ouvrir le crâne d'une *scie ordinaire à amputation*. Grâce à ce moyen, il est arrivé à enlever de larges lambeaux osseux et avec une extrême rapidité. Auvray qui a répété ce manuel opératoire sur des cadavres a pu détacher en cinq minutes, sans lésion de la dure-mère, un fragment osseux de 8 cent. 1/2 de long sur 5 1/2 de large ; en six minutes un autre de 9 cent. de long sur 4 de large ; en dix minutes un troisième au niveau du sinus longitudinal supérieur de 10 cent. de long sur 6 de large.

Résumons la technique opératoire qui présente plus d'un point intéressant par sa nouveauté et sa facilité d'exécution ; à l'aide de la scie à amputation on délimite sur les os du crâne par quatre traits de scies appliqués dans la région que l'on veut opérer le lambeau osseux, en lui donnant les dimensions qu'il doit avoir. La scie sera tenue bien perpendiculairement par rapport à la surface osseuse de façon que les parties profondes de l'ouverture présentent des dimensions égales aux parties superficielles. Puis on reviendra dans chacune des lignes primitivement tracées et on entr'ouvrira l'os jusqu'à la table

interne. Chemin faisant, il est bon de regarder, de brosser la rainure, de la sonder à l'aide d'un fin stylet. Dans la traversée du diploé et au moment où on arrive sur la table interne, la main éprouve une sensation spéciale assez nette de moindre résistance en même temps que l'oreille perçoit un bruit plus sourd produit par la scie; lorsque la table interne est sectionnée en un point, on éprouve une sensation de mollesse qui est l'indice de l'ouverture du crâne : on a touché la dure-mère.

Lorsqu'on suppose la section de l'os suffisamment avancée pour qu'il puisse être enlevé sans trop de difficulté, on introduit l'extrémité coupante du ciseau à résection cranienne aussi profondément que possible dans une des rainures produites par la scie ; agissant alors puissamment sur le manche à la façon d'un levier on soulèvera d'une seule pièce le fragment osseux (1).

La rondelle osseuse enlevée, on décolle la dure-mère, on l'incise, en surveillant l'hémostase des vaisseaux du diploé et des vaisseaux des méninges ; on se met à la recherche du kyste ; s'il est superficiel, une consistance molle fluctuante le révélera ; s'il est si profond que l'œil ne puisse le reconnaître, le doigt le percevoir, on peut compléter l'exploration du cerveau par sa ponction à l'aide d'une aiguille à extrémité mousse qui jouera le rôle d'aiguille exploratrice et aspiratrice.

Spirthza, Broca et bien d'autres auteurs, depuis, ont montré l'innocuité de ces ponctions, l'aiguille qui rencontre un kyste hydatique laisse écouler un liquide qui donnera

(1) La plupart de ces données sur le manuel opératoire sont empruntées à l'excellente thèse de Maurice Auvray : *Des tumeurs cérébrales.* — Paris 1896.

par l'ébullition ou les acides un précipité insignifiant ou nul ; Verco (2) ajoute : un arrêt brusque de l'écoulement du liquide comme il serait produit par l'application d'une membrane sur l'extrémité de l'aiguille, rend le diagnostic de kyste hydatique encore plus vraisemblable.

L'opération idéale consiste alors à ouvrir le kyste, à en évacuer le contenu, en plaçant la tête de façon que l'ouverture du kyste soit tout à fait déclive. Puis on tente l'énucléation de la poche qui est le plus souvent facile ; une simple traction avec des pinces suffit à l'enlever, parfois même elle se détache spontanément ; car un fait très intéressant à signaler est le peu d'adhérence de la paroi du kyste à la substance cérébrale ; il faut éviter soigneusement l'ouverture dans les ventricules, qui est une complication redoutable, aussi à craindre que la déperdition du liquide céphalo-rachidien ; on suture alors soigneusement la dure-mère, puis la peau, et on applique un pansement très compressif, en laissant subsister après l'opération la brèche faite aux os du crâne ; tel est du moins l'avis de Korsley, de Terrier, du Lucas-Championnière, de Maurice Auvray. On pourrait plutôt recouvrir la solution de continuité d'un appareil protecteur quoique Lucas Championnière estime que la peau du crâne et les méninges constituent un appareil protecteur très suffisant.

Reste à apprécier les résultats de l'intervention chirurgicale dans le cas de kystes hydatiques du cerveau ; Maurice Auvray, nous l'avons dit, après avoir réuni toutes les observations publiées jusqu'à ce jour sur la chirurgie des

(2) Verco — *Tumeurs hydatiques ; trépanation. The australasian med. Journal*, Congrès 15 octobre 1892.

tumeurs cérébrales, arrive à un total de 8 succès sur 17 interventions, soit environ 45 p. 100 ; nous extrayons de sa thèse les quatre observations que l'on trouvera au chapitre des observations et qui viennent à l'appui de ces assertions (obs. XLIII, XLIV, XLV, XLVI).

Nous ne nous baserons pas sur les statistiques, mais bien plutôt sur les quelques succès qui répondent chaque jour aux hardiesses chirurgicales, sur la non-aggravation des symptômes chez les individus opérés, sur le soulagement, l'amélioration qu'a rapportés souvent une opération (1) pour préconiser l'intervention dans les tumeurs hydatiques du cerveau et nous dirons avec le professeur Lannelongue : « La trépanation étant devenue une opération sans danger, on peut et on doit la tenter. »

II. — CERVELET

Les chances de succès sont au contraire très restreintes dans le cas de tumeur cérébelleuse puisque dans la statistique de Starr, portant sur toutes les variétés de tumeur sur 16 opérations il ne compte que 2 guérisons.

Du reste les tumeurs du cervelet ne sont pas entrées depuis bien longtemps dans le cadre des recherches scientifiques ; à part les mémoires de Duchenne de Boulogne, de Lyuis, d'Ollivier, il faut arriver à la thèse de Sieffert (1872) pour trouver une étude sérieuse de cette question et en particulier des hydatides.

(1) Voir les observations suivies d'amélioration citées plus loin.

Ces tumeurs parasitaires sont rarement isolées; la plupart du temps elles accompagnent d'autres tumeurs développées dans l'encéphale, les méninges, ou d'autres organes. Sonnenburg a vu les premiers signes d'une tumeur du cervelet se développer après l'opération d'un anévrysme de l'artère axillaire gauche causé par un kyste hydatique de la gaîne du vaisseau; la mort du malade étant survenue plusieurs mois après le traumatisme chirurgical, il trouva dans l'hémisphère cérébelleux gauche une vésicule hydatique de la grosseur d'un œuf de poule; le transport de l'hydatide se serait effectué par l'artère cérébelleuse inférieure, branche terminale de l'artère vertébrale gauche, née elle-même de la sous-clavière.

La symptomatologie est celle de toutes les tumeurs cérébelleuses (obs. n° XLVIII et XLIX), l'embarras gastrique et la céphalalgie ouvrent la scène; la céphalée siège le plus souvent à la région occipitale et se manifeste d'une manière intermittente (obs. XLVIII). Le malade devient sujet à des espèces d'accès, plus ou moins régulièrement périodiques, se traduisant par des douleurs atroces qui le jettent dans un accablement profond. L'intelligence et la sensibilité sont conservées rarement; l'hémiplégie complète ou incomplète vient s'ajouter à ce tableau; les mouvements convulsifs, les mouvements de manège, d'inclinaison, d'entraînement latéral, la difficulté de la station, la titubation ébrieuse sont les formes sous lesquelles se présentent habituellement les troubles moteurs; les contractures sont très rares; l'hémiplégie faciale encore davantage; le fait dominant est l'athémie dont le malade a conscience, qu'il constate lui-même et qu'il cherche à surmonter de toutes manières.

La parole est embarrassée, les mouvements d'articulation sont extrêmement longs, les lèvres et la langue tremblent ; cette triade constitue ce que Jaccoud appelle la glosso-plégie, « défaut d'exécution », ou la glosso-ataxie, « défaut de coordination ».

Dans 59 p. 100 des cas Lyuis a constaté des troubles variés de la vision ; dans le quart des observations relevées par leurs soins, Leneu et Ollivier ont noté une cécité complète ; enfin 35 fois sur 110 observations les mêmes auteurs ont vu des vomissements incoercibles, qu'ils attribuent au voisinage du pneumogastrique.

La guérison complète de tous ces symptômes est chose encore inconnue ; il faut que la tumeur occupe la face postérieure du cervelet pour que la trépanation amène une guérison complète, il faut de plus qu'elle soit facilement énucléable, deux conditions exceptionnelles.

Mais bien souvent la trépanation a pour résultat une amélioration notable. Citons comme exemple deux observations (obs. XLIX et L). Voilà deux cas où la trépanation a réellement amélioré beaucoup le malade ; le premier est trop résumé pour que nous puissions en conclure quelque chose, mais le second est réellement remarquable par l'amélioration qu'il a produite ; la douleur et les vomissements disparus, les phénomènes de névrite optique disparus, les troubles moteurs suspendus, sont des résultats qui doivent encourager le chirurgien à tenter une intervention ; dès 1888 Lucas Championnière conseillait la trépanation palliatrice ; Terrier, Horsley, Gérard-Marchant dans son article du traité de chirurgie se prononcent aussi et d'une façon très énergique pour cette méthode.

III. — BULBE ET PROTUBÉRANCE

Nous n'avons pu recueillir un seul cas de kyste hydatique de ces organes.

IV. — MOELLE

Les tumeurs hydatiques de la moelle sont d'une extrême rareté puisque la littérature médicale n'en renferme qu'une quarantaine de cas ; encore leur siège est-il rarement intra-médullaire ; l'hydatide se loge sous les méninges entre le feuillet viscéral de l'arachnoïde et la pie-mère ou prend naissance dans les parties voisines du rachis ou le rachis lui-même comprime la moelle en refoulant le dure-mère (obs. n°s LI, LII et LIII). Le plus souvent elle se développe au dehors du rachis, pénètre dans l'intérieur en suivant les trous de conjugaison ou après avoir usé ou érodé les vertèbres. Bien que parmi les observations rapportées, quelques-unes appartiennent au groupe des hydatides osseuses nous les mentionnons pour confirmer notre assertion.

Lorsque l'hydatique siège dans la moelle elle-même ou les organes voisins, c'est par des symptômes de compression qu'elle se manifeste ; tel est le cas de Gull où l'on constata de la parésie et de l'atrophie musculaire du membre supérieur ; c'est le type de la compression de dedans en dehors. La marche de ces symptômes est devenue classique depuis les magistrales descriptions de

Charcot ; deux phases s'y succèdent : pseudo-névralgies radiculaires pour la première période ; seconde période des symptômes médullaires avec paralysie flaccide progressive, modification des réflexes en sens divers suivant les cas ; troubles de la miction et de la défécation, suivis à une échéance très variable de contractions spasmodiques passagères, contractures, amyotrophie et troubles trophiques divers.

Le pronostic est des plus sombres car cette branche de la pathologie n'a guère été étudiée au point de vue chirurgical soit que l'intervention soit trop tardive, soit qu'elle soit très laborieuse et toujours inutile, les succès se comptent encore et la guérison de l'hydatide médullaire est encore une question à l'ordre du jour.

V. — MÉNINGES

Nous les avons étudiés au chapitre des séreuses.

VI. — NERFS

Y a-t-il des kystes des nerfs? écrit Ed. Schwartz dans le *Traité de chirurgie* de Delbet et Le Dentu (1) et il ajoute : On ne trouve dans la littérature que trois faits de kystes isolés des nerfs, il s'agissait probablement de tumeur kystique, myxomes ou sarcomes.

Il n'est fait aucune mention dans aucun ouvrage de kyste hydatique des nerfs.

(1) Ed. Schwartz. — « Maladies chirurgicales des nerfs » *Traité* de Delbet et Le Dentu, tome IV, page 127, 1897.

VOIES URINAIRES

I. — REIN

OBSERVATION INÉDITE VI

(*Recueillie dans le service de M. le professeur Villeneuve et due à l'aimable obligeance de M. le Dr Lartail, chef de clinique*)

Le 9 novembre 1894 entre salle Sainte-Catherine n° 25 la nommée Marie J..., trente-huit ans, ménagère.

Depuis cinq mois cette femme se plaint d'une tumeur qui s'est développée dans la fosse iliaque gauche ; elle est restée quelque temps indolore, mais augmentant peu à peu elle détermine une sensation de gêne, de pesanteur dont se plaint beaucoup la malade et la décide à entrer à l'hôpital.

Rien de bien intéressant à noter dans ses antécédents : réglée à seize ans, elle a toujours été bien réglée ; elle a eu trois grossesses toutes menées à bonne fin. Rien non plus à noter du côté des reins, jamais de coliques néphrétiques ; une légère oligurie. Urines de quantité et qualité normales.

La tumeur est volumineuse, siège dans l'hypochondre gauche et à l'épigastre ; elle se perd sous les côtes à sa partie supérieure ; en bas elle descend presque jusqu'au pubis. La fluctuation est nette, la matité très sensible ; elle pouvait être mobilisée facilement si bien que les intestins se plaçaient tantôt

au-devant d'elle, et tantôt la côtoyaient de chaque côté. Ne voulant pas s'exposer aux dangers d'une ponction exploratrice, M. le professeur Villeneuve propose une laparotomie exploratrice qui est acceptée.

La veille purgatif, bain, pansement antiseptique de la région après qu'elle a été soigneusement rasée et lavée.

Incision de 8 centimètres de l'appendice xyphoïde : la tumeur est rétro-péritonéale, le colon descendant, le colon transverse la bordent sans y adhérer. Elle apparaît blanche, nacrée, lisse ; la main explorant l'abdomen rencontre, en suivant la surface externe du kyste, un organe lisse, uni, qui est le rein qui continue la tumeur en arrière : le kyste s'était développé aux dépens de la face antérieure du rein.

Ponction avec un gros trocart : il s'écoule environ 1,500 gr. d'un liquide clair comme de l'eau de roche et de nombreuses vésicules.

La poche vidée, M. le professeur Villeneuve tente de l'énucléer; il ne peut y parvenir, de nombreuses adhérences existant avec les organes voisins, surtout avec l'intestin ; on fait la marsupialisation, drainage, pansement antiseptique. Suites opératoires apyrétiques.

La malade sort guérie le 20 décembre.

L'observation que l'on vient de lire présente par la rareté du fait plus d'un point intéressant, les kystes hydatiques du rein sont en effet une affection rare, c'est tout au plus si la littérature chirurgicale en contient une centaine de cas. Chapart le premier les étudie longuement (1), Rayer complète leur histoire (2), à laquelle Davaine consacre un long chapitre (3) et Béraud (4) une

(1) Chapart. — *Traité des maladies des voies urinaires*, 1821.
(2) Rayer. — *Traité des maladies du rein*.
(3) Davaine. — *Traité des entozoaires*.
(4) Béraud. — *Des hydatides du rein*. Thèse Paris 1861.

remarquable thèse. Depuis, Péan, Brodeur, Bœckel de Strasbourg, Le Dentu ont écrit des travaux qui font autorité dans l'espèce (1), plus récemment Pollosson (2), Braillon (3), ont mis au point la symptomatologie et la thérapeutique de ce sujet, leurs observations s'élèvent à 93.

Les causes qui président au développement de l'échinocoque dans le rein sont les mêmes que celles qui permettent dans les autres viscères ou dans les autres points de l'économie l'éclosion de tumeurs semblables, les œufs du tænia circulent dans le réseau lymphatique capillaire, se rendent dans le canal thoracique, la veine jugulaire et le cœur droit, de là ils passent dans l'artère pulmonaire ; s'ils ne se sont pas fixés dans le poumon, ils continuent leur trajet à travers les veines pulmonaires, pénètrent dans le cœur gauche et de là dans la circulation générale et par les branches de l'aorte, l'artère rénale, se développent dans le rein.

Les deux reins peuvent être pris à la fois, le plus souvent l'hydatide n'en occupe qu'un, ordinairement le gauche, il peut être situé sous la capsule du rein, dans le bassinet, en pleine substance médullaire.

Le kyste primitif du rein est rare, dans la plupart des cas sa présence dans cet organe coïncide avec celle de kystes de même nature dans d'autres organes. Son début

(1) Bœckel. — « Les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical ». *Gaz. de Strasbourg* 1887, n° 5.

Le Dentu. — *Traité des affections chirurgicales des reins, des uretères, des capsules surrénales.* Paris 1889.

(2) Pollosson. — « Traitement des kystes hydatiques des reins ». *Lyon médical* 1893.

(3) Braillon. — Thèse de Paris 1894. *Des kystes hydatiques du rein.*

est toujours lent et insidieux, il reste longtemps inaperçu, car par sa présence ou son volume il ne crée aucun trouble sérieux dans l'excrétion ou la sécrétion urinaire, une autre partie du rein malade ou même le rein du côté opposé se chargeant de suppléer, par une exagération dans leur fonctionnement, la partie de l'organe malade ou incapable de servir au point de vue physiologique. Quelquefois le début est plus brusque, vive douleur lombaire, symptômes vagues de coliques néphrétiques, hydatides dans les urines.

Mais la plupart du temps c'est lorsque sa masse est devenue gênante qu'il se révèle, on combat alors une tumeur. On le sait, le kyste rénal tend à faire saillie dans la cavité abdominale et envahir tout l'hypochondre, ses contours sont réguliers, il est arrondi ou allongé verticalement. Il est mou, parfois franchement fluctuant. « Une fois la tumeur bien délimitée, dit M. le professeur Le Dentu, on sent une portion y attenante, de consistance différente, de forme spéciale, située au-dessus ou au-dessous de la tumeur, cette petite masse rappelle la forme et la consistance du rein, cette partie du rein restée saine devient un précieux jalon de diagnostic. » Les kystes sont mobiles mais, signe très important, si on peut les déplacer, leur déplacement ne suit pas les mouvements respiratoires du diaphragme. Par la percussion, fort importante ici, on reconnaîtra que la tumeur est mate, repousse devant elle l'intestin et surtout le colon, donc sonorité partielle antérieure, matité postérieure costo-lombaire, plaident fort en faveur d'un kyste rénal. Quant au frémissement hydatique, sa valeur est indéniable, mais ce symptôme perd de sa force devant la

rareté des cas où on le rencontre. Ces kystes évoluent très lentement, à moins qu'une complication vienne interrompre la marche. La rupture est fréquente : dans le bassinet (48 fois sur 64 cas d'après Béraud), le malade éprouve alors les symptômes de la colique néphrétique et les hydatides expulsées peuvent se retrouver dans les urines, dans l'intestin, soit dans l'intestin grêle, soit plus souvent dans le gros intestin, dans la plèvre, à la peau, dans le péritoine. La suppuration n'est point rare.

L'affection au début ne paraît point grave, mais elle devient peu à peu une gêne permanente pour le malade et une cause de nombreuses complications, la guérison spontanée est des plus rares. L'hydatide restant stérile la poche peut se mortifier ; l'élimination peut se faire par les voies urinaires. Béraud en cite un exemple dans sa thèse (1). L'évacuation dans l'intestin a amené 3 guérisons sur 4 fois qu'elle s'est produite. — Voici du reste la statistique de Bœckel :

29	ruptures dans les voies urinaires ...	6	guérisons.
4	— — l'intestin..... ...	1	—
2	— — le poumon.....	0	—
3	— — la région lombaire ...	3	—

Diagnostiquer un kyste hydatique du rein est chose fort difficile par la nullité d'abord, puis la diversité des symptômes qui l'accompagnent. La palpation est le moyen le plus sûr d'y approcher, divers modes d'exploration de la région rénale ont été préconisés. Le Dentu, Glénard (2), Israël de Berlin (3), ont vanté tour à tour

(1) Béraud. — Observation XXIII.
(2) Glénard. — *Province médicale*, 1886.
(3) Israël. — *Uber palpation gesunder und kranker Nieren*, Berlin, 1889.

leur méthode, nous lui préférerons celle de Guyon : « Le malade placé dans le décubitus dorsal, la tête très peu élevée mais soutenue, les membres inférieurs reposant dans toute leur longueur sur le plan du lit ou étant modérément fléchis, les doigts de la main postérieure dépriment la région de l'angle costo-vertébral et lui impriment des secousses successives, la main abdominale antérieure n'a pas besoin d'exercer de pression ; très intimement appliquée à la paroi, elle déprime à peine (1). » Par la recherche du ballottement rénal suivant cette méthode, on peut dessiner nettement les contours d'une tumeur, faire sa mensuration, la limiter, reconnaître si elle est lisse ou bosselée et même présumer la consistance.

Cette tumeur serait-elle un rein flottant ? N'oublions pas de rechercher ses deux signes pathognomoniques, échappement brusque, douleur vive et subite (2). Serait-ce un fibrome utérin, une salpingite, un kyste de l'ovaire ? Dans ce cas la tumeur s'est d'abord développée dans le petit bassin. Le toucher rectal et vaginal sera d'un précieux secours. Une tumeur du mésentère est très mobile, médiane, au niveau de l'ombilic ; Augagneur (3) insiste sur la mobilité. Il faut aussi rechercher si elle ne serait pas pariétale, dans ce cas elle s'immobiliserait dans la contraction des muscles abdominaux. Les tumeurs du foie sont totalement mates, elles suivent le foie dans les mouvements d'inspiration, les tumeurs de la rate évoluent d'abord dans l'hypochondre. Le cancer du rein sera bosselé. L'hydronéphrose franchement fluctuante sans

(1) Guyon. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1888.
(2) Tillaux. — *Affections chirurgicales de l'abdomen*, 1894.
(3) Augagneur. — *Tumeurs du mésentère*, thèse agrégation, 1886.

portion de rein intacte. Reste, enfin, pour lever toute indécision sur la nature du kyste, la ponction exploratrice que nous ne conseillons pas, mieux vaut l'incision exploratrice qui constitue un début de traitement.

On peut opérer les kystes du rein, bien mieux on doit le faire. Simon (1) conseille l'électrolyse, mais il n'apporte aucun succès pour soutenir son idée. Brodbury (2) a guéri un enfant de huit ans par une simple ponction. Cette méthode n'est pas exempte de danger, antisepsie imparfaite, blessure de l'intestin, épanchement de liquide kystique dans le péritoine, sauf cependant le cas où la ponction est faite transpéritonéale, par la paroi abdominale antéro-latérale, mais alors, comme le dit Michaux (3), on doit craindre la dissémination du kyste par greffe. Récamier modifia cette méthode et fit suivre la ponction d'injection d'eau miellée. Jobert, Richard se servirent d'alcool étendu d'eau. Boinet utilisa l'iode; Le Dentu vante le sublimé : 11 succès sur 34 interventions, tel serait le bilan de cette méthode.

Nous passerons rapidement sur divers procédés : ponctions répétées avec drainage, emploi de caustiques pour établir les adhérences, kystotomie en deux temps (Begin Volffmann), kystotomie en un seul temps (Péan), et nous arriverons aux méthodes les plus employées à notre époque. Tuffier (4) propose dans les cas où le parenchyme rénal est en grande partie indemne d'extirper radicalement la tumeur qui est bénigne, en conservant le

(1) John Simon. — *The Lancet.*
(2) Brodbury. — *Brit. med. Journal*, 1877.
(3) Michaux. — In thèse Dermigny, 1894.
(4) Tuffier, séance Académie de médecine, 9 juin 1891.

rein qui est normal (une opération chez un homme de soixante-dix ans, guérison), il condamne la néphrectomie totale comme dangereuse (24 opérations, 11 morts : 45 p. 100 décès), le drainage de la tumeur comme traitement incomplet (8 interventions, 4 fistules persistantes). Kümmel de Hambourg (1), se basant sur ce que l'on peut enlever des portions même assez volumineuses du rein et obtenir la guérison, propose à son tour la résection du rein, il cite une femme de trente-deux ans à laquelle il enleva la moitié du rein pour un gros kyste à échinocoques, et qui guérit sans accidents.

En 1883, le professeur Duplay écrivait que la néphrectomie n'avait pas encore fait ses preuves ; Brodeur, recueillant les résultats obtenus par son emploi, arrive à 7 morts sur 11 néphrectomisés, et avec Péan il la condamne.

Moins pessimiste que lui, nous partagerons plutôt l'avis de Bœckel et nous écrirons avec lui : « Cette opération pratiquée dans de bonnes conditions est généralement suivie de brillants résultats. » Mais qu'entendre par bonnes conditions ? Il faut tout d'abord opérer dès le début avant que des adhérences trop nombreuses se soient faites avec les organes voisins, avant que le malade ne soit trop anémié et ne puisse plus supporter le shock opératoire. A ces deux conditions Braillon ajoute celle-ci : il faut que le rein soit déplacé, pour que la tumeur soit plus facilement mobilisable et le pédicule plus facile à lier. Knie considère que la dépression du patient au

(1) Kümmel. — XXIIe Congrès de la Société allemande de chirurgie, tenu à Berlin, séance du 14 avril 1893.

cours de l'intervention constitue une indication formelle à la néphrectomie.

Nous dirons donc, concluant avec Braillon : La néphrectomie ne se fera qu'en désespoir de cause quand on ne pourra pas pratiquer une autre opération (1). Quant au lieu d'élection de l'incision, c'est à la voie lombaire que l'on devra accorder la préférence, sauf le cas où par suite d'un diagnostic mal ou pas établi on aura commencé la laparotomie exploratrice.

Quelle sera donc cette « autre opération » ? A l'exemple de notre maître, M. le professeur Villeneuve, nous préférons la laparotomie médiane ; ponction de la tumeur, attirer la poche au dehors et en exciser le plus possible; marsupialiser, drainer et panser chaque jour le plus aseptiquement possible. Cette méthode a l'avantage de pouvoir s'appliquer à la grande majorité des cas où le diagnostic est incertain, de ne pas constituer un shock opératoire trop intense pour le malade, et enfin de ne pas exposer le chirurgien à extirper un rein unique, comme dans le cas de Houzel (Obs. LIII).

II. — VESSIE

Tuffier dans l'article « tumeur de la vessie » du traité de chirurgie Duplay et Reclus, et au Congrès de chirurgie de 1891, soutint l'opinion suivante : « Ces hydatides ne se rencontrent jamais dans les parois vésicales ; les kystes

(1) Nous ne nous occuperons pas du manuel opératoire de ces diverses opérations, nous contentant d'en discuter l'opportunité.

hydatiques appartiennent à la région rétro-vésicale, et c'est seulement dans leur développement qu'ils viennent faire corps avec la vessie. »

Tillaux et son élève Legrand soutiennent au contraire qu'on « ne doit pas être plus surpris de voir l'embryon se fixer dans le muscle vésical que de le trouver dans le muscle utérin, dans le muscle cardiaque, dans le biceps ou le masseter ; il suffit pour qu'un kyste se développe dans la paroi vésicale qu'un embryon hexacanthe y soit apporté par le torrent circulatoire et s'y arrête ».

Le premier exemple a été présenté par Pize à la Société anatomique en 1853. C'était un malade de Bricheteau, porteur d'hydatides du foie et de la vessie (1). Legrand, sur les conseils de Tillaux, a repris en 1890 (2) l'étude de cette question fort négligée par tous les auteurs, a réuni seize cas d'hydatides vésicaux et conclut contrairement à l'opinion de Charcot, de Tuffier, qu'ils peuvent parfaitement se développer dans la paroi de la vessie. N'ayant observé aucun cas de ce genre, nous nous contenterons de résumer brièvement les symptômes et le traitement des kystes hydatiques vésicaux.

Le kyste hydatique vésical a pour caractéristique une évolution des plus lentes, et surtout des plus insidieuses et des plus indolentes. Le ventre grossit peu à peu et le malade se présente avec tous les caractères physiques d'une rétention d'urine : tumeur médiane, sous-ombilicale, ronde ; fluctuation des plus nettes, matité ; quelquefois frémissement hydatique, cas de Tillaux. Ici pas d'hématuries, pas de troubles de la miction, sauf le cas où la

(1) Hoche. — *Dictionnaire de Dechambre.*
(2) Legrand. — *Kystes hydatiques de la vessie*, Paris, 1890.

tumeur vient comprimer le col de la vessie; elle proémine quelquefois du côté rectum et on peut rencontrer alors quelques douleurs à la défécation, des symptômes simulant une occlusion intestinale. Le cathétérisme est nécessaire, la ponction exploratrice inutile; par le premier mode d'exploration on pourra, en promenant doucement l'instrument contre les parois de l'organe, constater une saillie qui déviera le bec de l'instrument. Enfin suivant le cas le toucher rectal ou vaginal seront d'excellents moyens de contrôle.

C'est toujours à la laparotomie que nous donnerons la préférence comme méthode curative : incision sur la ligne médiane; ouverture du péritoine; incision ou ponction de la tumeur (obs. LV); évacuation; drainage.

III. — HYDATIDES RENDUES AVEC LES URINES

Rarement les hydatides ont été vues, suivant le canal de l'urèthre, sans provenance bien déterminée, sortir avec l'urine. Nous trouvons ce phénomène relaté par quelques auteurs : Simon (1), Gauraincourt (2), Valleix (3) ; mais aucun d'eux ne peut désigner l'organe qui renferme l'échinocoque ; vient-il du rein, de la vessie, de la prostate lorsqu'il s'agit d'un homme ? Impossible de se faire une idée nette ; nos deux observations inédites nous laissent dans la même incertitude.

(1) Simon. — *The Lancet*, 1853.

(2) Gauraincourt. — *Moniteur des Hôpitaux de Paris*, 1854.

(3) Valleix. — *Bul. Soc. anatomique*, Paris 1838.

OBSERVATION VIII (*inedite*)

Hydatides rendues par l'urèthre

(*Due à mon ami le Dr Th. Brouillon*)

Laurent..., employé, cinquante ans, s'aperçut un jour, il y a dix-huit ans, que le jet de son urine était brusquement interrompu à certains moments ; puis sans douleur, il voyait sortir de son urèthre de petites vésicules de la grosseur d'un grain de raisin. Cela dura pendant un mois sans que le malade en fût autrement incommodé ; puis tout disparut et le malade, qui vit encore, n'a jamais vu ce phénomène se reproduire, et n'a jamais souffert.

OBSERVATION IX (*inédite*)

Hydatides rendues avec les urines

(*Due à M. le Dr Paul Sépet, chef de clinique médicale à l'école de médecine*)

Mme T..., ménagère, trente ans; son passé pathologique était indemne de toute affection, lorsqu'il y a un an survinrent des douleurs lombaires, avec miction pénible et douloureuse, anasarque. Soignée d'abord par un confrère qui, pensant à une néphrite, la soumit avec succès au régime laeté, elle vint en mai 1896 consulter le Dr Sépet ; sa respiration était haletante; quelques râles de congestion aux deux bases. Pas de bruit de galop ; hypertension artérielle. Léger œdème des paupières le matin ; douleurs lombaires intenses. Polyurie et dysurie ; la malade voit son jet d'urine s'interrompre brusquement ; puis après de violentes douleurs uréthrales expulse de petits corps sphériques qui se rompent en tombant au fond du vase ; ces petits corps ont le volume d'un gros grain de raisin, ils sont translucides ; lorsqu'ils se sont rompus on voit qu'ils sont formés d'une membrane très mince, d'aspect nacré, très

friable, tremblotante au fond du vase ; le contenu est un liquide clair, transparent, riche en chlorure de sodium et où nous pouvons reconnaître la présence de nombreux crochets.

La malade urinait à ce moment deux litres d'urine par jour, contenant 5 grammes d'albumine. Elle était sujette à des insomnies et à des crises de céphalée nocturnes.

Point d'appétit, quelques vomissements.

Le Dr Sépet prescrivit le régime lacté le plus absolu.

Trois mois après guérison complète.

L'engagement des vésicules hydatides dans l'urèthre provoque presque toujours (obs. IX) des crises douloureuses, rappelant les accès de coliques néphrétiques ; la douleur, partant de la région lombaire, s'irradie le long du canal urinaire ; elle peut s'accompagner de frissons, de nausées, de vomissements, d'une interruption brusque du jet de l'urine et quelquefois d'une anurie plus ou moins prolongée.

Si l'hydatide vient du rein, l'uretère est obstrué, une hydronéphrose pourrait survenir ; mais, peu à peu, l'hydatide progresse, produisant à son passage les mêmes effets qu'un calcul ; elle arrive dans la vessie, l'anurie reconnaît alors pour cause l'obstruction de l'urèthre à son embouchure ; on introduit la sonde, croyant à une rétention d'urine, on vide la vessie et bien souvent au bout du cathéter on retire le corps du délit sous forme de débris vésiculaires et en même temps le cours de l'urine se rétablit (1).

Le diagnostic ne se fera que lorsque comme dans l'obser-

(1) Labadie-Lagrave. — *Urologie clinique*, 1888.

vation IX le malade montre au médecin les parties expulsées ; il pourra alors preuves en mains faire son opinion.

Le diagnostic du siège pourra se faire d'après certains signes de tumeur du rein ou de la vessie ; on se rappellera pour cela ce que nous avons écrit quelques pages plus haut ; on explorera avec soin les organes urinaires ; chez l'homme le toucher rectal sera d'un grand secours pour permettre de constater l'état de la prostate.

Y a-t-il lieu d'intervenir? Nos deux malades, le soldat de Lègues (obs. LVI) ont guéri sans traitement ; l'expectation nous paraît donc tout indiquée; expectation armée, soit pour atténuer les phénomènes douloureux, combattre l'anurie, prévenir l'urémie possible, soit pour intervenir plus activement si l'origine du mal parvenait à être reconnue, quoique, nous le répétons, l'issue de vésicules avec les urines indiquant la rupture de la poche du kyste et son évacuation étant facile, l'intervention chirurgicale est inutile, et l'attente le meilleur des remèdes.

OBSERVATIONS

Observation I (*résumée*)

Kyste hydatique de la rate. — *Vivenza, 5 décembre 1894*

Homme âgé de soixante-cinq ans, reçoit à Marseille en juillet 1894 de violents coups de tête dans l'hypochondre gauche ; douleur ; léger mélæna. Développement lent d'une tumeur au point percuté.

Opération de Lindenman-Landan. Volumineux kyste hydatique de la rate. Mort un mois après.

Observation II (*résumée*)

Kyste hydatique de la rate avec développement de tous les ganglions lymphatiques abdominaux comme si une suppléance aux fonctions de la rate avait tenté de s'établir. — *Bourdel, Société anatomique, avril 1884*

Enfant de onze ans se présente avec un hypochondre gauche énorme. Début il y a trois ans avec léger ictère. Après plusieurs ponctions qui ont amené du liquide limpide, opération de Récamier. Décès.

La rate réduite à une mince coque. Le tissu splénique absent est remplacé par deux kystes. Les ganglions mésentériques et prévertébraux sont devenus énormes.

Observation III (*résumée*)

Kyste hydatique de la rate. — *Besançon, Société anatomique, juin 1886*

Homme de soixante-deux ans, entre à l'hôpital pour pneumonie et à l'examen du malade on découvre une tumeur mate, rénitente, située à gauche, ayant débuté il y a dix ans.

A l'autopsie, kyste hydatique de la rate.

Observation IV (*résumée*)

Kyste hydatique de la rate. — *Courtin, Société de chirurgie de Bordeaux, 5 mai 1893*

Enfant de douze ans porteur d'une tumeur au flanc gauche depuis sept ans.

La fluctuation étant des plus nettes, ponction aspiratrice avec le Dieulafoy et issue de 850 grammes d'eau de roche.

Dans la soirée qui suivit la ponction, frissons, chaleur, sueurs ; tout est calmé par du sulfate de quinine.

Une semaine après la rate avait repris son volume. La guérison était parfaite.

Observation V (*résumée*)

Kyste hydatique de la rate. — *Tachard, Soc. de chirurgie 1891*

Homme de quarante ans, porte depuis quatre ans une tumeur à l'hypochondre gauche ; tumeur d'abord indolente, puis cause de troubles respiratoire et circulatoire. Cette tumeur suit les déplacements réguliers du diaphragme et présente le *frémissement hydatique*.

Ponction : liquide hydatique.

Mort par pneumonie six jours après.

Observation VI (*résumée*)

Kyste hydatique de la rate. — *Guydo*, la Réforme médicale, *avril 1893*

Homme de quarante-neuf ans, porte une tumeur à gauche qui présente des mouvements rythmiques synchrones à ceux du

pouls. A l'auscultation on perçoit deux bruits de systolique plus intenses que le diastolique. Ponction : liquide hydatique.

Laparotomie, marsupialisation.

Guérison au vingtième jour.

Observation VII (*résumée*)

Kyste hydatique suppuré de la rate, évacué par les bronches. — *Quénu, Soc. de chirurgie. Paris, tome V*

Homme de trente-cinq ans, porteur d'un kyste de la rate diagnostiqué par une ponction exploratrice. Subitement il est pris de toux et de vomissements violents ; il évacue par les bronches une grande quantité de vésicules hydatiques ; en même temps fièvre, frisson, point de côté, pneumothorax.

Pleurotomie : résection de la neuvième côte. Évacuation, lavage, drainage.

Guérison.

Observation VIII (*résumée*)

Kyste hydatique de la rate, évacué par le rectum. — *Brault, Société anatomique, déc. 1895*

Homme de cinquante-sept ans dont la maladie a débuté il y a dix ans. Le diagnostic porté est : kyste du lobe gauche du foie. Quelques jours après débâcle par l'intestin. Mort dans le marasme.

Autopsie : vaste tumeur dans l'hypochondre gauche, inclue dans la rate, adhérente au colon transverse.

Observation IX (*résumée*)

Kyste hydatique de la rate. — *Tomboff d'après Trinkler*, Revue de chirurgie

Malade de trente-cinq ans, porte dans le flanc gauche une tumeur qui ponctionnée donne du liquide limpide et clair.

Après la ponction fièvre.

Incision des téguments, marsupialisation après évacuation.

Drainage. Guérison.

Observation X (*résumée*)

Kyste hydatique de la parotide. — *Piéchaud*, Journal Méd. *Bordeaux 4 fév. 1894*

Enfant de douze ans présentant depuis plusieurs mois une tumeur siégeant au niveau de la région parotidienne et de l'angle de la mâchoire. Son volume est celui d'une orange. Elle est aplatie, sessile, indolente, fluctuante. La voûte palatine et l'arcade dentaire sont déformées, les piliers du voile du palais sont soulevés et dans la région amygdalienne on perçoit une tuméfaction fluctuante en rapport avec la saillie externe de la tumeur qui est *transparente*.

Une ponction amène un liquide clair, eau de roche, alcalin, renfermant du chlorure de sodium ; pas d'albumine.

Observation XI (*résumée*)

Kyste hydatique de la parotide. — *Edwin Pfister*, Corresp.Blatt für Schwez, *février 1896*

Italienne de vingt-quatre ans, enceinte de sept mois, vient nous montrer une tumeur qu'elle a depuis sept ans en avant de l'oreille qui tantôt grossit, tantôt diminue. Nous constatons en effet sur la région parotidienne droite une tumeur grosse comme un œuf, indolore à la pression, légèremeut fluctuante.

Cette tumeur est incisée. Il s'en écoule du pus jaune très odorant. Drainage.

Le lendemain, quand on change le pansement, il s'échappe une dizaine de vésicules blanches ayant le volume d'une noisette et il en fut de même pendant quelques jours.

Guérison au quinzième jour.

Observation XII (*résumée*)

Anévrysme de l'artère axillaire dû à un kyste hydatique. — *Kosler*, Berl. Klin. Woch. *décembre 1889*

Ouvrier de vingt-cinq ans, pris subitement de diplopie, de fourmillements dans les membres. Pas de pouls à la radiale

gauche. Sensibilité et température diminuées à gauche. Puis gangrène du membre. Un mois après anévrysme de la grosseur d'un œuf de pigeon sur l'axillaire gauche. Ligature de la sous-clavière et de l'humérale. L'anévrysme incisé se montre bondé de masses brunes, gélatineuses. Le lendemain en ôtant le pansement on trouve remplissant le sac anévrysmal une vésicule hydatique de la grosseur d'une noix.

Observation XIII (*résumée*)

Kyste hydatique du creux poplité, ayant amené la gangrène du pied par obstruction de l'artère poplitée. — *Mallius, The Lancet, 11 avril 1885.*

Homme de soixante-quatorze ans, souffrant depuis longtemps d'un ulcère rebelle de la jambe, quand des signes de gangrène se montrèrent au niveau du gros orteil. L'amputation de la cuisse est décidée, et au cours de l'opération on s'aperçoit que la fémorale est oblitérée par un caillot de date ancienne.

En disséquant le membre amputé on trouve au niveau du creux poplité une dilatation fusiforme du vaisseau de 1 pouce de diamètre sur 4 de long simulant un anévrysme. La poche incisée, on vit sortir un paquet de membranes flétries que Spencer Cobbold reconnut pour des hydatides.

Observation XIV (*résumée*)

Kyste hydatique de l'artère pulmonaire et d'autres organes
Wunderlich, 1858

C. R. vingt-deux ans, porteur de tumeurs spléniques et hépatiques, meurt après plusieurs jours de maladie.

Autopsie : dans une branche de troisième ordre, fournie par l'artère pulmonaire droite, on trouve une vésicule hydatique oblitérant le calibre de l'artère. Kystes dans le foie, le poumon, la rate, le grand épiploon, le méso-rectum, le mésentère.

Observation XV (*résumée*)

Hydatides dans les veines pulmonaires. — *Audral*, Clinique médicale, tome II

Homme de cinquante-cinq ans, ayant présenté les symp-

tômes ordinaires d'une affection cardiaque et une dyspnée extrême qui l'emporta dans une crise.

Autopsie : Les deux poumons farcis d'hydatides ; plusieurs kystes dans les veines pulmonaires.

Observation XVI (*résumée*)

Kyste hydatique du cœur. — *Bobovictz, thèse de Paris, 1889*

Homme de trente-neuf ans, présente rapidement une série d'accès de suffocation douloureuse ressemblant à une crise d'angine de poitrine.

Il meurt dans une crise.

Autopsie : On trouve deux hydatides libres dans la cavité ventriculaire gauche : ce sont elles qui en se déplaçant donnaient lieu à ces accidents simulant l'*angor pectoris.*

Observation XVII (*résumée*)

Kyste hydatique du cœur. — *F. Arnauld,* Bulletin médical du Nord, *octobre 1897*

Jeune homme de vingt et un ans, sujet depuis un certain temps à des lipothymies, tombe en syncope le 9 juillet 1881 ; il est cyanosé, refroidi, et une éruption d'urticaire se montre confluente et généralisée. Mort dans le coma.

Autopsie : Sommet poumon gauche : trois hydatides. Artère pulmonaire remplie d'hydatides de toutes dimensions depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une grosse aveline. Le ventricule droit contient un grand nombre d'échinocoques libres ou pris dans un caillot.

Observation XVIII (*résumée*)

Kyste hydatique développé au niveau de la région inguinale droite dans l'intérieur d'un ganglion. — *Dufau,* Journal de médecine de Bordeaux, *10 juillet 1892.*

Une femme de trente ans, précédemment guérie d'un kyste du foie par la liqueur de Van Swieten, se présente portant dans

l'aine une tumeur ni fluctuante, ni dure, irréductible, mobile, du volume d'une grosse noix. Ponctionnée avec une seringue de Pravaz, il en sort du pus.

La tumeur est enlevée : en faisant une coupe on voit sortir en même temps que du pus quatre ou cinq petits kystes à parois transparentes ; l'examen du liquide révéla la présence de crochets et l'examen histologique de la pièce démontra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique intra-ganglionnaire.

Observation XIX (*résumée*)

Kyste hydatique siégeant au-dessus de l'épaule gauche. — *Carre*, Lyon médical, *1873*

R.. , coiffeuse, quarante ans : porte, depuis trois ans, une tumeur sous le côté gauche, tumeur survenue brusquement à la suite d'un effort ; placée au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, elle augmentait sous les efforts de la toux, était irréductible et laissait percevoir le murmure vésiculaire.

Ponction exploratrice : le diagnostic certain, le procédé de Récamier est employé et la malade guérit en vingt-cinq jours environ.

Observation XX (*résumée*)

Kyste hydatique de la plèvre. — *Brunier*, Mun. Med. Woch., *1890*

Femme, vingt-sept ans, porte à droite une pleurésie avec épanchement. Thoracotomie dans le huitième espace. Issue de nombreuses hydatides.

Guérison seize mois après.

Observation XXI (*résumée*)

Kyste hydatique de la plèvre. — *Porte*, Lyon médical, *1892*

Femme entre à l'Hôtel-Dieu avec tous les signes d'un épanchement pleural droit. Empyème : nombreuses hydatides.

Guérison.

Observation XXII (*résumée*)

Kyste hydatique de la plèvre. — *Moret, Société anatomique, mai 1896*

Homme de quarante-deux ans se présente avec tous les signes d'une pleurésie avec épanchement à droite. Une syncope menaçant, l'empyème est décidé ; incision dans l'espace intercostal, issue de deux litres et demi d'un liquide clair comme de l'eau de roche contenant une douzaine d'hydatides. Guérison un mois après.

Observation XXIII (*résumée*)

Kyste hydatique de la plèvre droite. — *Duffey, Dublin,* Journal of medical, Sciences, *avril 1896*

Homme de trente et un ans, entre à l'hôpital pour des hémoptysies ; on lui trouve une pleurésie droite; une ponction exploratrice est faite immédiatement ; après crise de dyspnée phénomènes congestifs du côté de la face et du cou.

Mort treize heures après.

Autopsie : Kyste gros comme une tête de fœtus dans la plèvre droite située au-dessus du diaphragme, adhérente à ce dernier, au poumon, au péricarde ; le poumon droit était refoulé, vers la colonne vertébrale, la foie très abaissé.

Observation XXIV (*résumée*)

Kyste hydatique de la plèvre gauche et de la plèvre interlobaire. — *Courtin, Société de chirurgie de Bordeaux, 5 mai 1893*

Femme de trente-sept ans, souffre depuis juin 1889 à la base du poumon gauche avec toux opiniâtre, crises d'étouffement. Le côté gauche du thorax est augmenté de volume, les espaces intercostaux sont élargis. Matité à la base : souffle. Œdème de la paroi.

Empyème : issue d'un liquide trouble et de vésicules hydatiques. Six mois après la fistule persistant un Eslander est fait.

Guérison.

Observation XXV (*résumée*)

Beitrage zür Lœhre von den Vorkommen des Echinococcus und Cysticœrcus cellulose beim Menschen. — *Walmann*, Schmidt Jahrbücher, 1862

Homme de trente-neuf ans, porte depuis quelque temps une tumeur diagnostiquée lipome. Il meurt dans une maison d'aliénés.

Autopsie : Masse étendue de la deuxième à la cinquième côte depuis l'angle jusqu'à la ligne axillaire, recouverte par les muscles grand et petit pectoral. Cette masse était un kyste entouré d'autres plus petits. Les deuxième, troisième et sixième côtes étaient cariées et atrophiées au niveau de leur angle, les troisième et quatrième très largement écartées l'une de l'autre et le muscle intercostal correspondant manquant sur une longueur de deux pouces, si bien que se trouvait là un orifice par lequel la poche extrathoracique communiquait avec une poche intrathoracique plus volumineuse. Les deux feuillets pleuraux étaient épaissis, les poumons aplatis et congestionnés.

Observation XXVI (*résumée*)

Hydatides du péricarde. — *Chadzinski*, France médicale, *1883*

V..., enfermé à l'asile d'Auxerre, meurt subitement.

Autopsie : Péricarde énormément dilaté. Pèse avec le cœur 1 kilog. 250. Incisé il s'échappe une énorme quantité de vésicules en suspension dans une masse liquide très limpide. Le cœur pèse 400 grammes.

Observation XXVII (*résumée*)

Kyste hydatique des méninges. — *Moulinié*, Gazette des hôpitaux, *tome X, page 309*

Jeanne C..., quinze ans, entre à l'hôpital Saint-André, le 1er septembre 1848, avec une perforation du crâne recouverte d'une cicatrice cruciale, on sentait des bosselures vers le point du crâne où étaient des traces de lésion. Il s'y forma de

la fluctuation. Une ponction fut faite, il s'écoula du pus puis des hydatides acéphalocystes, du volume d'un grain de raisin. Guérison.

Observation XXVIII (*résumée*)

Kyste hydatique des méninges. — *J. Chapt Soc. anat. 1892*

Malade apporté dans le coma à la suite de nombreuses crises apoplectiformes suivies d'hémiplégie gauche.

Autopsie : La pie-mère adhère à la substance cérébrale et on trouve dans le sillon formé par la frontale ascendante et le pied de la première frontale, dans le sillon du pli courbe, et dans la première frontale, trois petits kystes hydatiques du volume d'une noisette. Tous trois adhérents à la pie-mère.

Observation XXIX (*résumée*)

Hydatides arachnoïdiennes. — *Kulsn, Berl. Klin. Woch. 1883*

Homme de trente-quatre ans, épileptique, est enlevé par une pleuro-pneumonie.

Autopsie. — Les circonvolutions des deux hémisphères sont aplaties, la première est épaissie, les fosses du crâne renferment 150 grammes de liquide transparent dans lequel flottent d'innombrables vésicules du volume d'une noix : au niveau de la fosse moyenne elles forment un conglomérat qui déroulé montre un reste de membranes où sont suspendues une dizaine d'autres vésicules hydatiques.

Observation XXX (*résumée*)

Kyste hydatique du péritoine. — *Dumont, Société d'anatomie et de physiologie, Bordeaux 1885.*

Femme trente-neuf ans, portant depuis cinq ans une tumeur, dans l'hypocondre droit au début, puis peu à peu dans tout l'abdomen. On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Laparotomie. A l'incision de la paroi abdominale une grande

quantité de liquide eau de roche jaillit entre les mains de l'opérateur ; ces hydatides occupaient l'abdomen tout entier et s'étaient développées surtout aux dépens du péritoine.

Mort.

Observation XXXI (*résumée*)

Kyste hydatique du péritoine. — *Debove et Soupault, Société médicale des hospices, 9 décembre 1892*

Jeune fille de dix-sept ans arrive avec une ascite remontant à quinze jours ; Debove diagnostique une péritonite tuberculeuse.

Une ponction amène cinq litres de liquide ressemblant à un mélange de bile et de mucus. On croit alors à une vésicule biliaire dilatée. Laparotomie. On trouva des points blancs, sur les anses intestinales et on crut de nouveau à une péritonite tuberculeuse. Une nouvelle ponction amena treize litres de liquide muco-bilieux et l'examen microscopique y décela la présence de membranes hydatiques et de crochets.

Observation XXXII (*résumée*)

Kyste hydatique du péritoine. — *A. Fraenkel, Société de médecine interne de Berlin, 4 décembre 1893*

Malade paraissant atteinte d'un épanchement pleurétique gauche, mais dans le liquide laiteux qui fut retiré après une ponction on trouva de nombreux crochets d'échinocoques.

L'autopsie prouva que ce kyste avait eu pour point de départ le péritoine et qu'il avait refoulé le diaphragme et était venu faire saillie dans la cavité thoracique.

Observation XXXIII (*résumée*)

Kyste hydatique du mésentère. — *Hutchinson, The Lancet, 13 janvier 1894*

Homme de cinquante-quatre ans, atteint d'obstruction intestinale de cause inconnue.

Laparotomie d'urgence : on trouve trois kystes hydatiques développés dans le mésentère s'étendant du niveau de l'ombilic au cul-de-sac rétro-vésical.

Guérison.

Observation XXXIV (*résumée*)

Kyste hydatique du mésocolon. — *Le Damany,* Bulletin de la Société anatomique, *mai 1895*

Mme Eb., blanchisseuse, vingt-six ans, entre salle Huguier, se plaignant de ressentir depuis trois ans dans le flanc gauche une tumeur indolore, développée sans cause dont un accouchement a précipité l'évolution. Cette tumeur est irrégulière, à surface convexe, légèrement bosselée, mobile sous la paroi, dure, non fluctuante, mate, absolument indolore à la pression.

Laparotomie : dans le flanc gauche tumeur blanchâtre bosselée, volume du poing, contenue dans l'épaisseur du mésocolon transverse ; au-dessous autre tumeur, grosseur d'une mandarine ; dans le mésocolon descendant troisième tumeur, volume d'une orange. Les trois tumeurs sont extirpées. Guérison.

Observation XXXV (*résumée*)

Kyste hydatique de l'épiploon ayant émigré sous l'arcade de Falloppe. — *Battenlehner.* Archives de gynécologie

Jeune fille de seize ans porte une tumeur de la racine de la cuisse droite ; le pouls est supprimé à l'artère poplitée et ce symptôme fait diagnostiquer un anévrysme de l'artère fémorale. Incision pour lier l'artère ; il s'écoule une sérosité contenant de nombreuses vésicules. — Guérison.

L'auteur pense que ce kyste était sorti du bassin passant sous l'arcade fémorale.

Observation XXXVI (*résumée*)

Kystes hydatiques de l'épiploon, gastro-hépatique du grand épiploon. — *Le Dentu, Société de chirurgie, 23 mai 1894*

Malade atteint de kyste hydatique et de sept ou huit autres dans le grand épiploon.

Guérison parfaite par la laparotomie.

Observation XXXVII (*résumée*)

Kyste hydatique du ligament large. — *Victor Veau, Société anatomique, 23 octobre 1896*

Jeune fille présentant des symptômes de compression pelvienne et chez laquelle on avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire.

Laparotomie : ponction suivie d'énucléation de la poche. Guérison.

Observation XXXVIII (*résumée*)

Kyste hydatique rétro-vésical chez un enfant de neuf ans. Ponction par le rectum. Guérison. — *Quénu*, Union médicale, *1860*

W. G..., neuf ans; porte depuis quatre ans une tuméfaction dans le bas-ventre avec dysurie. Par le toucher rectal, masse arrondie faisant saillie dans le rectum.

Ponction par le rectum : liquide pâle, crochets d'échinocoques.

Guérison.

Observation XXXIX (*résumée*)

Kyste hydatique rétro-vésical. Laparotomie. Guérison. — *Binaud*, Archives de Bordeaux, *1893*

C..., marchand de charbon, trente-sept ans, se présente avec légère ascite et une tumeur sous-ombilicale, lisse, irrégulière, qui paraît s'enfoncer dans l'excavation du bassin; par le rectum on sent une tumeur qui s'appuie sur lui, à 8 centimètres de l'anus et au-dessus de la prostate; elle est fluctuante.

Laparotomie : après l'écoulement d'une certaine quantité de liquide ascitique, on voit en arrière de la vessie une tumeur qui est ponctionnée; issue de trois cents grammes liquide hydatique; ensuite marsupialisation de la poche.

Guérison deux mois après.

Observation XL (*résumée*)

Kyste hydatique rétro-vésical. — *Schleier et Koerle*, Berl. Klin. Woch. *N° 9, page 201, 29 février 1892*

Homme très robuste porte à la partie inférieure droite du ventre une tumeur fluctuante commençant au-dessus de l'arcade fémorale, s'élevant presque jusqu'à l'ombilic, s'arrêtant en dedans à un centimètre de la ligne blanche et allant en dehors jusqu'à la crête iliaque. Par le toucher on sentait la paroi antérieure du rectum bouchée et fluctuante et la fluctuation interrectale se transmettait à celle du kyste placé au-dessus du ligament de Poupart.

Une incision de dix centimètres est faite le long du bord externe du grand droit. Le kyste est évacué; en arrière en était un autre plus volumineux s'enfonçant entre la vessie et le rectum; évacuation ; lavage au lysol à 10 p. 100.

Guérison.

Observation XL *bis* (*résumée*)

Kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas, guéri par la ponction simple. — *Schwartz, in thèse Dermigny, 1894*

Louise B..., blanchisseuse, dix-huit ans, commence à souffrir de l'abdomen en octobre 1893, rétention d'urine en décembre ; défécation douloureuse. Au toucher le col est refoulé derrière la symphyse pubienne, le cul-de-sac postérieur bombe dans le vagin. Tumeur nettement fluctuante, indépendante de l'utérus. Toucher rectal, tumeur élastique, uniforme. On porte le diagnostic de kyste, peut-être hydatique.

Ponction par le vagin avec l'aiguille n° 2 de Dieulafoy. Il s'écoule 750 grammes de liquide clair où l'on trouve des crochets.

Guérison quinze jours après.

Observation XLI (*résumée*)

Kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas. — *Schrœder, extrait du mémoire de Freund*

Femme de vingt-deux ans, porte derrière l'utérus une tumeur très adhérente au bassin.

Laparotomie. Kyste hydatique entre les deux ovaires et l'utérus.

Guérison.

Observation XLII (*résumée*)

Kyste hydatique du cerveau. — *Rabot,* Lyon médical, *1890*

G... Pierre, 12 ans, entre à l'hôpital pour des crises épileptiformes avec céphalée, tremblement dans le membre droit, et diminution de la vision à droite. Mort dans une crise d'épilepsie.

Autopsie : Circonvolutions cérébrales tassées, comme enfoncées. En enlevant le cerveau deux vésicules hydatiques s'échappent. Dans la partie supérieure et postérieure du lobe droit énorme kyste de 150 grammes. Près de l'aqueduc de Silvius, quatrième kyste du volume d'une noix. Le corps calleux et le chiasma sont aplatis.

Observation XLIII (*résumée*)

Kyste hydatique du cerveau. Trépanation. — *Cité par le Dr Rouffart dans son rapport semestriel du service de M. le professeur Sacré,* Journal de médecine et de chirurgie, *Bruxelles 1890 p. 738, in thèse Auvray,*

Épilepsie du bras droit, difficulté de la parole ; impossibilité de marcher. Trépanation ; ablation, drainage du kyste. Le résultat opératoire est parfait.

Observation XLIV (*résumée*)

Kyste hydatique du cerveau. Trépanation. Guérison. — *Gralsain.* Australian Med. Gaz. *1889-1890*

Jeune homme de seize ans ; trépanation au niveau du centre du bras à gauche et ablation d'un kyste de 10 centimètres de diamètre et d'une capacité de 19 onces ; drainage.

Suites opératoires : réunion par première intention, écoulement du liquide céphalo-rachidien par le drain, motilité revenue ; la vision était très affaiblie à cause de l'atrophie optique, mais cependant il pouvait gagner sa vie comme fabricant de paniers.

Observation XLV (*résumée*)

Kyste hydatique du cerveau. — *Labet,* Revue de chirurgie, 1892

Garçon de treize ans, céphalée, crises épileptiformes ; hémiplégie à droite ; facial inférieur paralysé ; contracture dans la partie paralysée. Aphasie partielle ; intelligence et mémoire en partie *abolies.* Vision diminuée à droite ; mydriase.

Ablation d'un large lambeau circulaire par le polytritome de Péan. Extraction d'une vésicule hydatique d'une contenance de 260 grammes ; lavage ; on replace le lambeau ostéo-cutané.

Résultats opératoires : céphalalgie, crises épileptiformes, hémiplégie, contracture, tremblement, embarras de la parole, tout a disparu. La vue s'améliore, l'intelligence revient.

Observation XLVI (*résumée*)

Kyste hydatique du cerveau. — Trépanation. — Guérison. — *Mudd. Am. J. of med. Sc. 1892*

Enfant de douze ans, kystes hydatiques de la région rolandique droite.

Lambeau sur la région temporale droite, incision de la dure-mère ; il s'écoule un liquide clair aqueux, puis un kyste vide, puis un certain nombre d'autres. Excavation débarrassée, avec la curette, des lambeaux de parois kystiques qui lui adhéraient ;

cette cavité occupait les deux tiers inférieurs de la région rolandique. Drainage à la gaze iodoformée; replacement du lambeau; suture.

Sort guéri le quarante-septième jour.

Observation XLVII (*résumée*)

Kyste hydatique de l'hémisphère gauche cérébral. — *Ballet et Lalesque, Société anatomique, mars 1880*

Bal..., quarante et un ans, souffre de névralgies; a eu une attaque de crampe des écrivains à droite, puis parésie douloureuse et paralysie faciale.

Autopsie : Hémisphère gauche, à la partie moyenne de la frontale ascendante, et un peu plus bas, deux vésicules hydatiques; une troisième au pied de la deuxième frontale; là est une anfractuosité logeant huit autres petits kystes.

Observation XLVIII (*résumée*)

Double kyste hydatique du cervelet. — Mort rapide. — *Gaillard, Société anatomique, mai 1880*

E... D..., trente-trois ans, prit subitement quatre jours avant son entrée à l'hôpital de névralgies occipitales, de vertige, de vomissements; la névralgie devient ensuite intermittente. Meurt en faisant son lit.

Autopsie : Au niveau de la face antéro-inférieure du lobe droit du cervelet une poche kystique grosse comme un petit œuf; elle s'allonge en dedans, atteint le bord du trou occipital et comprime la partie supérieure du bulbe; ce kyste a creusé dans l'épaisseur du lobe cérébelleux une cavité assez profonde. A la face inférieure du lobe gauche, sur un point symétrique, se trouve un autre kyste plus petit.

Observation XLIX (*résumée*)

Kyste hydatique du cervelet. Trépanation, amélioration. — *Horsley, in thèse Auvray*

Malade présentant des accès de rotation pendant lesquels

tout son corps tournait autour de son axe longitudinal vers le côté gauche, l'épaule droite se portant en avant. Il existait en outre des arrêts de la respiration relevant des troubles bulbaires, parfois même des accès asphyxiques, jusqu'à perdre connaissance, et à ces accès s'ajoutaient la céphalée et les vomissements opiniâtres.

Le crâne fut ouvert pour diminuer la tension intra-cranienne. Les symptômes s'amendèrent à un tel point que pendant six mois le malade se crut guéri. L'amélioration ne fut que passagère, car les attaques reprirent avec la céphalée. Une seconde intervention procura pendant dix-huit mois une existence supportable au malade ; mais il finit par mourir au milieu de syncopes rappelant celles de la paralysie générale.

Observation L (*résumée*)

Kyste hydatique du cervelet. Trépanation, guérison. — New-Zealand Med. Journal *1889, tome II*

Homme de dix-huit ans. Kyste hydatique sous la tente du cervelet, de 4 pouces de long sur 3 de large.

Trépanation sur l'hémisphère gauche du cervelet; on enlève un kyste situé sous la tente.

Guérison avec persistance de la cécité.

Observation LI (*résumée*)

Kyste hydatique de la colonne vertébrale : myélite par compression
Houtang, Soc. anat., fév. 1885

A... Caroline, cinquante-trois ans, éprouve depuis six mois des douleurs dans les membres inférieurs; l'atrophie est survenue avec impotence fonctionnelle : rétention d'urine, escharres, paraplégie, mort.

Autopsie : Sur le côté droit de la colonne lombaire, rattaché au corps de la troisième lombaire, détruite en partie, est un énorme kyste ayant amené la congestion de la moelle.

Observation LII (*résumée*)

Kyste hydatique de la moelle. Klin. Berl. Woch. *page 36, janvier 1887*

Homme soixante-six ans, ayant présenté pendant deux ans la plupart des signes du tabès et considéré comme un ataxique à crises gastriques.

Autopsie : Sous la pie-mère rachidienne, espacées à deux centimètres les unes des autres, on trouve une vingtaine de vésicules hydatiques. Cinq d'entre elles sont appendues à la queue de cheval.

Observation LIII (*résumée*)

Kyste hydatique de la dixième vertèbre dorsale et de la masse sacro-lombaire. — *W. Rauson et H. Anderson*, Brit. Med. *28 nov. 1891*

Homme de quarante-deux ans, se présente atteint depuis quinze jours d'une paraplégie sans étiologie nette. Dix-huit mois auparavant s'étaient montrées des douleurs rachidiennes, d'abord sourdes, puis lancinantes et intolérables, à redoublement nocturne. Des accidents très graves s'étant produits, Rauson se décide à intervenir. Le 15 janvier 1891, résection des apophyses épineuses et des lames de la première lombaire et des deux dernières dorsales : mise à nu de la dure-mère et de la moelle qui apparaît ramollie et détruite. Pas de traces de tumeur.

Décès le troisième jour.

Autopsie : On trouve deux foyers kystiques renfermant des vésicules hydatiques au niveau de la masse musculaire sacro-lombaire ; une tumeur de même nature existait au niveau de la dixième vertèbre dorsale et comprimait la moelle en ce point.

Observation LIV (*résumée*)

Kyste hydatique du rein. — *Houzel*, Gazette de Strasbourg, *août 1892*

Femme de vingt-six ans, porte depuis un mois une tumeur douloureuse au flanc gauche, dure, lisse, mate, peu mobile. Urines normales.

Laparotomie latérale : la tumeur apparaît, attenante au rein, on s'aperçoit que les deux reins n'en font qu'un, couché à gauche de la colonne vertébrale ; néphrectomie.

Mort par urémie le cinquième jour.

Observation LV (*résumée*)

Kyste hydatique de la vessie. — *Thomson*, Australian Med. Journal, *1879*

G. W..., quarante-quatre ans, porte depuis trois mois dans le côté gauche de la région hypogastrique une grosseur légèrement douloureuse. Fréquentes mictions. Jamais d'hématuries. Tumeur dure, arrondie, lisse, non fluctuante, paraît adhérente à la vessie. Ponction : la tumeur disparaît. Le malade rend une grande quantité de liquide dans lequel on trouve des crochets d'échinocoques.

Trois mois après la tumeur reparaît.

Ponction à 2 pouces au-dessus du pubis : issue de 20 onces de liquide clair, transparent, limpide. Guérison.

Observation LVI (*résumée*)

Vésicules hydatiques rendues par l'urèthre. — *Lègues*, in Archives médecine militaire, *1889*

C... Antoine, entre à l'hôpital d'Embrun pour fièvre typhoïde. En pleine convalescence violente et subite douleur s'irradiant dans la région lombaire, la vessie, le testicule. Il chasse par l'urèthre, après quelques efforts, quatre grandes poches membraneuses et une vésicule de la grosseur d'un haricot. Dans l'après-midi expulsion de quatre vésicules. Dix jours après issue avec grande peine d'une énorme poche kystique et après flot de pus jaillissant par l'urèthre avec deux vésicules closes.

Guérison sans traitement.

CONCLUSIONS

I. — L'échinocoque, malgré sa préférence bien marquée pour le foie et le poumon, peut se trouver dans presque tous les organes.

II. — Dans chaque appareil il détermine des symptômes propres à l'organe lésé : son seul signe pathognomonique, le frémissement hydatique, n'est jamais perçu lorsque la tumeur est profondémeut située, ou tout au moins recouverte d'une couche de tissus d'une certaine épaisseur. On comprend dès lors combien le diagnostic doit être réservé pour ne pas dire impossible. La plupart du temps on devra se contenter d'avoir songé à la possibilité d'un kyste hydatique.

III. — On doit se garder pour éclairer ce diagnostic d'avoir recours à la ponction exploratrice : mieux vaut dans la plupart des cas une intervention en apparence plus sérieuse, que l'antisepsie autorise et qui sert à faire

le diagnostic, à pallier et souvent à guérir. Dans tous les cas la ponction ne sera que le premier temps d'un acte chirurgical plus complet : telle est l'opinion que nous nous sommes faite, d'après les leçons de M. le professeur Combalat et les indications de M. le professeur Poncet.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos 1

Appareil digestif et ses annexes 3
I. — Rate 4
II. — Parotide. 32

Appareil circulatoire 35
I. — Cœur 35
II. — Système lymphatique 41

Kystes hydatiques des séreuses. 43
I. — Plèvre 43
II. — Péricarde 52
III. — Méninges 53
IV. — Péritoine 55

Système nerveux 71
I. — Cerveau. 71
II. — Cervelet 83
III. — Bulbe et pretubérance. 86
IV. — Moelle. 86
V. — Méninges. 87
VI. — Nerfs. 87

Voies urinaires 89
I. — Rein 89
II. — Vessie. 97
III. — Hydatides rendues avec les urines. 99

Observations 103

Conclusions. 123